



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

**Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica e
Família: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem**

Mariana Palos Casimiro



**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio**

**Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica e
Família: Uma Intervenção Especializada de Enfermagem**

Mariana Palos Casimiro



Orientador: Professora Doutora Anabela da Graça Amaro Pereira
Mendes

Coorientador: Professora Fernanda Maria Simões Bernardo



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É preciso sentir a necessidade da experiência, da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender”.

Émile Durkheim

À Professora Doutora Anabela Mendes, pela sua orientação, disponibilidade e exigência, no caminho, bem como, pelas oportunidades e desafios que foram lançados e superados no perfil de crescimento e aquisição de competência.

Às restantes Excelentíssimas Professoras, por fazerem parte deste meu percurso e por me servirem de motivação e exemplo.

Ao Enfermeiro Especialista Ricardo Picoito, por todo o apoio e orientação no percurso de aquisição de competências. Um obrigado por me mostrar o olhar maravilhoso de um Especialista no cuidado à PSC e à sua família.

Ao Enfermeiro Especialista Ricardo Bento por toda a compreensão e apoio, que foram essenciais à conclusão deste mestrado e por me ter proporcionado um olhar global e treinado no cuidado à PSC.

A todos os Enfermeiros dos locais de estágio, um muito obrigado pela colaboração, ajuda e interesse demonstrado pelo meu percurso educativo, procurando em mim uma parceira para a aquisição de competências.

Aos meus queridos pais e irmã, por todo o amor e confiança incondicionais, apoio e suporte ao longo deste percurso em especial e ao longo de toda a minha vida, em particular.

Aos amigos compreensivos, pela paciência apesar das horas de ausência. Aos meus colegas de turma, por embarcarem nesta aventura sempre com grande companheirismo e amizade.

À minha tão querida amiga e mentora por me ter demonstrado o significado de resiliência, por me ter acompanhado desde o início do meu percurso académico até ao presente e pelo ser humano fantástico que é e que me serviu de exemplo para descobrir que tipo de enfermagem gostaria de fazer.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure*

ACLS – *Advanced Cardiac Life Support*

APA – *American Psychological Association*

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATSDC – Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização Pessoa em Situação Crítica

Co – Contexto

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

col. – Colaboradores

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAST – *Focused Assessment with Sonography*

GUSS – *Gugging Swallowing Screen*

I – Interesse

ITLS – *Internantional Trauma Life Support*

p. – Página

P – População

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIC – Pressão Intracraniana

PICo – População, Fenómeno de Interesse e Contexto

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SEM - Sistema *d'Emergències Mediques*

SIV – Suporte Imediato de Vida

SPESF – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

STAT - Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica

UCSF – Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, São Francisco

RESUMO

O enfermeiro intervém na gestão, prevenção e antecipação de sintomatologia, durante os processos de transição, na Pessoa em Situação Crítica e na família, impedindo eventos críticos e promovendo estratégias de *coping*.

Considerando a importância dos referenciais teóricos, baseei-me no modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem, de Benner (2001), relativamente ao desenvolvimento de competências profissionais, e na Teoria de Gestão de Sintomas de Dodd e col. (2001), como base da intervenção em contexto.

Este relatório demonstra, crítica e reflexivamente, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família. Este potenciou o aprofundamento de conhecimentos baseados em evidência científica e a sua mobilização crítica na minha prática de cuidados, com vista à construção de uma nova identidade profissional, assumindo-me como futura Mestre em Enfermagem e Enfermeira Especialista.

A temática da “Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica e sua família: Uma intervenção especializada de enfermagem”, resultou na Revisão Integrativa da Literatura, orientada pela questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas, na pessoa em situação crítica e família, na unidade de cuidados intensivos?”, que por sua vez subsidiou os estágios realizados.

As competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, no atendimento à pessoa em situação crítica e família, foram desenvolvidas em dois contextos de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica e Serviço de Urgência. A otimização do percurso, mediante os objetivos e atividades delineadas, foi realizada em articulação com a Professora Orientadora.

Palavras-chave: Pessoa em situação crítica; Família; Sintomas; Intervenção de enfermagem.

ABSTRACT

The nurse intervenes in the management, prevention and anticipation of symptoms, during the transition processes, in the PSC and in the family, preventing critical events and promoting coping strategies.

Bearing in mind the importance of theoretical frameworks, I based myself on the Dreyfus model adapted to nursing, by Benner (2001), regarding the development of professional skills, and on the Theory of Symptom Management by Dodd et al. (2001), as the basis for intervention in the context.

This report demonstrates in a critical and reflective way, the path of developing specialized skills in nursing, in providing care to the Person in Critical Situation and his family. This path has enhanced the deepening of knowledge based on scientific evidence and its critical mobilization in my care practice, in order to build a new professional identity, assuming me as a future Master in Nursing and Specialist Nurse.

The theme of “Symptom Management in People in Critical Situation and their family: A specialized nursing intervention”, resulted in an Integrative Literature Review, guided by the research question “What are the nursing interventions that promote symptom relief, in the person in critical situation and family, in the intensive care unit?”, which supported the internships carried out.

The scientific, technical, ethical and relational skills in the care of PSC and family were developed in two internship contexts: Surgical Intensive Care Unit and Emergency Service. The optimization of the path, through the objectives and activities outlined, was carried out in conjunction with the Guiding Teacher.

Keywords: Person in critical situation; Family; Symptoms; Nursing intervention.

ÍNDICE

Introdução	Página 25
1- Enquadramento	Página 29
1.1- Enquadramento concetual	Página 29
1.2- Teoria de Gestão de Sintomas	Página 35
1.3- Revisão Integrativa da Literatura	Página 37
1.3.1- Compreender o Sintoma	Página 38
1.3.2- Adequar a intervenção de enfermagem às preferências da pessoa	Página 38
1.3.3- Desconstruir conceitos e significados	Página 39
1.3.4- Antecipar eventos críticos e implementar estratégias de <i>coping</i>	Página 39
1.3.5- Interpretar dados fisiológicos na pessoa que não comunica verbalmente	Página 39
1.3.6- Comunicar com a PSC e família	Página 40
1.3.7- Informar	Página 40
1.3.8- Prestar cuidados de acordo com a moral e a ética	Página 41
1.3.9- Envolver a família na prestação de cuidados	Página 41
1.3.10- Adotar estratégias de suporte dirigidas às necessidades da família	Página 42
1.3.11- Respeitar as convicções	Página 42
1.4- Lacunas na gestão de sintomas	Página 42
1.5- Mapeamento de conceitos	Página 44
2- Percurso de desenvolvimento de competências	Página 45
2.1- Contextualização dos locais de estágio	Página 46
2.1.1- Estágio em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica (UCIC)	Página 46
2.1.2- Estágio em contexto de Serviço de Urgência (SU)	Página 48
2.2- Análise crítica do desenvolvimento de competências	Página 49
3- Conclusão	Página 73
Referências bibliográficas	Página 75

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma de Estágio

Apêndice 2 – Resumo e apresentação: “Gestão de Sintomas na Pessoa em situação crítica e Família: uma intervenção especializada de Enfermagem”, no “o Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar

Apêndice 3 – Relatório do 2º Congresso Internacional de Saúde Familiar

Apêndice 4 – Poster: “A intervenção especializada de Enfermagem, na gestão da percepção do sintoma pela Pessoa em situação crítica e Família”, exposto no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Apêndice 5 – Relatório do II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem “Enfermagem especializada ao serviço do Bem Comum”

Apêndice 6 – Sessão formativa: “Gestão do Stresse na família da Pessoa em situação crítica”, apresentada em contexto de Serviço de Urgência

Apêndice 7 – Relatório do Congresso Internacional do Doente Crítico 2019

Apêndice 8 – Relatório da 1ª Jornada “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde”

Apêndice 9 – Protocolo de pesquisa

ANEXOS

Anexo 1 – *Gugging Swallowing Screen* (GUSS)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Teoria de Gestão de sintomas (Dodd e col., 2001)	Página 36
Figura 2 – Mapeamento de conceitos	Página 44

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Intervenções de enfermagem que promovem o alívio de sintomas	Página 43
Diagrama 2 – Desenho do percurso	Página 45
Diagrama 3 – Benner, de Iniciado a Perito – Níveis de perícia	Página 46
Diagrama 4 – Características do nível Perito, segundo Benner	Página 46

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Foi realizado no contexto da Unidade Curricular (UC) “Estágio com Relatório” e tem como finalidade descrever e analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências, realizado ao longo da UC. Tendo subjacente a reflexão contínua e sistemática sobre as práticas desenvolvidas nos contextos de estágio, o relatório reflete a análise dos objetivos gerais definidos no Projeto de Estágio, a avaliação global e crítica do processo de desenvolvimento de competências na UC, e a fundamentação das atividades propostas, na evidência científica disponível. Para suportar a tomada de decisão realizei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) no âmbito da gestão de sintomas na Pessoa em Situação Crítica (PSC) e sua família.

A minha experiência no cuidado à PSC tem-me revelado a necessidade de olhar para a pessoa a quem presto cuidados, de forma global. Destaco a importância do envolvimento da família na prestação de cuidados à pessoa. A vontade de perceber melhor a PSC, de saber mais acerca dos processos que a envolvem e das dimensões que influenciam o seu processo de transição motivou o meu percurso de mestranda.

A PSC é aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011).

Numa perspetiva de humanização de cuidados, a família da PSC ocupa um papel privilegiado na equipa, sendo que é quem melhor conhece a pessoa, constituindo-se assim como um parceiro do enfermeiro na prestação de cuidados. Associado à PSC está frequentemente um nível elevado de dependência de cuidados, nomeadamente por estar submetida a ventilação invasiva e consequentemente sob o efeito de sedação. As limitações na comunicação podem dificultar a identificação das necessidades, crenças e valores da PSC por parte dos enfermeiros. Estes, por vezes, recorrem aos familiares, na tentativa de preservar a dignidade humana (Correia, 2012) e obter informação relevante, para um plano de cuidados singular.

Os cuidados de enfermagem à PSC são altamente qualificados e são prestados de forma contínua, como resposta às suas necessidades, permitindo-lhe manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo

em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como tal, pressupõem:

“Observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19363).

A gestão de sintomas, numa perspetiva dinâmica e individualizada, exige que o enfermeiro antecipe e previna os sintomas, antes que eles se manifestem, procurando atender às necessidades específicas da PSC. Esta constatação compeliu-me a aprofundar a temática da gestão de sintomas na PSC e na sua família, seguindo como referencial teórico o modelo da Teoria de Gestão de Sintomas, de Dodd e colaboradores (col.) (2001).

Pela exigência e complexidade da PSC, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém as competências adequadas para dar resposta às necessidades da mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O regulamento n.º 122/2011 (p. 8648) da Ordem dos Enfermeiros, publicado em *Diário da República*, afirma que o Enfermeiro Especialista:

“...É o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Assim, as suas competências decorrem do aprofundamento dos domínios de competências comuns ao enfermeiro de cuidados gerais, nomeadamente, a Responsabilidade profissional, ética e legal; a Melhoria contínua da qualidade; a Gestão de cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010, a). As competências específicas, por sua vez, são as que decorrem do campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Na área de Especialização PSC, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica estão regulamentadas e publicadas em *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, pelo Regulamento n.º 124/2011, cabendo-lhe: a) Cuidar da pessoa que está a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação

crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta adequada em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No percurso de aquisição de competências do grau de Mestre, tive ainda por base: o Decreto-Lei nº 74/2006 (que regula as competências definidas para o 2º ciclo de formação); as competências definidas pelo plano de estudos do curso de CMEPSC pela ESEL e o modelo de Dreyfus, aplicado à enfermagem e desenvolvido por Benner, em 2001. O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é idealizado de forma contínua, numa perspetiva de progressão, desde o nível mais básico (iniciado), ao nível mais competente (perito). Para Benner (2001), o “juízo” do expert (perito), deriva de uma compreensão global da situação que requer esquemas de reconhecimento, com habilidades de perceção, que permitem ao enfermeiro reconhecer configurações e relações, sem uma especificação analítica dos componentes.

A tomada de decisão sustentada na evidência científica mais atual, norteou o meu desempenho nos estágios, onde para tal o raciocínio crítico é determinante. A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e o Serviço de Urgência (SU), constituíram-se como locais privilegiados de aprendizagem, por serem especializados, com enfermeiros altamente treinados e recursos materiais e físicos adequados à prestação de cuidados à PSC. Encetando uma reflexão crítica sobre o meu desempenho, propus-me atingir os seguintes objetivos:

1 – Aprofundar conhecimentos e adquirir competências especializadas, na intervenção em enfermagem à PSC e respetiva família;

2 – Desenvolver competências no âmbito da avaliação, da prevenção, da antecipação e da gestão de sintomas na PSC e sua família.

A metodologia do trabalho desenvolvido consistiu:

- Na pesquisa bibliográfica (em bases de dados e em livros de peritos na área) e na RIL, como suporte teórico indispensável ao enquadramento concetual da minha prática;

- Na atualização científica, quer através de debates (conversas e reflexões com a Professora Orientadora, com enfermeiros peritos e restantes enfermeiros dos contextos de estágio), quer através da participação em conferências e congressos (mediante a apresentação de resumo em comunicação livre e exposição de póster,

na qualidade de coautoria, em resposta aos desafios apresentados pelos Orientadores pedagógico e clínico) e ainda através da disseminação da temática de Gestão de Sintomas (através da sessão formativa acerca da gestão do Stresse, na PSC e família, no SU) cuja finalidade foi dar resposta à necessidade identificada no serviço.

Assim, o Relatório é constituído por três capítulos. No primeiro capítulo fiz o enquadramento teórico e concetual do tema, centrando-me na apresentação da Teoria de Gestão de Sintomas de Dodd e col., (2001) e com recurso a um breve enquadramento teórico da Teoria das Transições de Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Karen Schumacher, 2010). Mobilizo alguns conceitos que considere imprescindíveis para a sua compreensão e seguidamente, apresento as principais conclusões da RIL. No segundo capítulo, demonstro o percurso de desenvolvimento de competências, começando pelo enquadramento dos locais de estágio e posteriormente, pela análise crítica do percurso, através dos objetivos e atividades delineados. No último capítulo apresento as conclusões do Relatório que espelham as principais aprendizagens deste percurso.

1. ENQUADRAMENTO

A Teoria de Gestão de Sintomas de Dodd e col. (2001), assim como, a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Karen Schumacher, 2010), sustentaram a minha intervenção neste percurso de desenvolvimento de competências. No início do capítulo apresento alguns conceitos fulcrais à compreensão das teorias. Seguidamente exponho as principais conclusões da RIL, norteadora de todo o trabalho desenvolvido. Termino com um mapeamento de conceitos.

1.1. Enquadramento concetual

Tal como no Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, referido na Introdução, também Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) definem a PSC, como as pessoas que devido a doença súbita ou acidente, deixam de ter a capacidade de se manterem fisiologicamente estáveis, ou que têm um alto risco de descompensação fisiológica, num curto período de tempo.

O Sintoma é considerado como uma experiência subjetiva, em oposição ao sinal que é definido como qualquer anormalidade indicativa de doença, detetável pela pessoa ou por outros (Harver & Mahler, 1990). Como tal, o sintoma não pode ser observado por outros e tem de ser verificado pela própria pessoa. Segundo Sidani (2001), o sintoma assume um importante papel na experiência de saúde-doença da pessoa, constituindo frequentemente um motivo de procura de cuidados de saúde, pelo que os sintomas se constituem assim, de acordo com Puntillo e col. (2008), como indicadores de reais ou potenciais problemas, transmitidos pelos clientes ao profissional de saúde. É igualmente relevante o contributo de Dodd e col. (2001), de que os sintomas podem criar angústia, incertezas e sofrimento, e desta forma, interferir no funcionamento social de quem os experiencia.

Os sintomas mais comuns da PSC são a dor, a dispneia, a fadiga, as náuseas, a anorexia e perturbações do sono (National Institutes of Health, 2018). Os sintomas de ansiedade/medo e fadiga são os menos identificados pelos enfermeiros, sendo que há estudos que indicam que alguns enfermeiros desconhecem a ocorrência de depressão (Randen, Lerdal & Bjork, 2013). Na perspetiva da família da PSC, os sintomas mais comuns são o stresse, a ansiedade e a depressão, que acabam por afetar o bem-estar e o funcionamento social da família (McAdam & Puntillo, 2009), muito pela antecipação do sentimento de perda do seu familiar e pela rotura da família

(McAdam & Puntillo, 2009). A literatura revela que PSC que recebem terapias de “life-saving” mais agressivas, têm tendência a sofrer um número maior de sintomas e com maior intensidade. Existem pessoas que revelam lembrar-se da dor associada à rotina de cuidados da UCI, como por exemplo, posicionamentos, aspiração endotraqueal e procedimentos médicos (Munro & Savel, 2018). Por isto mesmo, os autores do estudo apontam a necessidade de perceber os sintomas da PSC, como primeira medida de gestão de sintomas (Li & Puntillo, 2006).

Relativamente ao conceito de família, há diversas definições que variam consoante o contexto, a cultura e a área da sociedade ou mesmo área científica em que se insere. Para a finalidade deste Relatório destaco as seguintes definições complementares de família: Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2011, p.114), “a Família é entendida como um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o doente”. A Organização Mundial de Saúde acrescenta que “(...) a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socio-emocional do indivíduo, sendo ela também, o amortecedor do impacto das transformações sociais” (Ordem dos enfermeiros, 2019). Para Whall & Fawcett (1991, p.33) a “unidade leva a cabo funções de cuidar, ou seja, protecção, sustento e socialização dos seus membros”.

A família ao assistir ao internamento do seu familiar (PSC), pode apresentar-se emocionalmente perturbada. Por vezes, pode temer que a limitação do tratamento que sustenta a vida seja acompanhada por um sofrimento intratável, incluindo dor intensa ou dispneia (Arnold, R. e col., 2010). Soares (2007) adianta que estas manifestações podem despertar necessidades específicas tais como: maior apoio e proximidade para com a pessoa; querer compreender a fisiopatologia da doença, quais os cuidados que estão a ser prestados, a sua eficácia e se o tratamento está a decorrer sem sofrimento; manifestar sentimentos/angústias e solicitar suporte e conforto. Pela perda de estabilidade no sistema familiar, podem surgir sentimentos como a descrença, a raiva, o medo, a culpa, a frustração e a ansiedade, concomitantemente com a esperança e a resignação (Li & Puntillo, 2006). Na maioria das vezes, os familiares assumem um papel que lhes foi imposto pelas circunstâncias e não, por escolha própria, apesar de reconhecerem que esta missão naturalmente seja sua (Braithwaite, 2000). Por isto mesmo, e devido a alterações nas rotinas, ideias, identidade e percepções, há a

necessidade da “família se reorganizar e arranjar estratégias para ultrapassar esta situação” (Soares, 2013, p.31).

Segundo o Regulamento nº 429/2018 (2018, p.19363), “em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima”, o que aponta para o facto de estas serem competências clínicas especializadas de enfermagem. Benner (2001, p. 14) acrescenta que a experiência capacita os enfermeiros para o despiste precoce de sinais e sintomas de vulnerabilidades, sabendo que “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”. Define ainda vigilância como a deteção precoce de alterações que advogam a defesa da pessoa e que constituem uma das principais funções da enfermeira (Benner, 2001). Segundo a *Nursing Interventions Classification*, vigilância define-se como a “interpretação intencional e contínua e síntese de dados de clientes para tomada de decisão clínica” (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013, p.366).

Benner, Kyriakidis & Stannard, (2011) defendem que os cuidados de enfermagem com a PSC, costumam estar associados à técnica e à agilidade dos procedimentos. Num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença da finitude da vida é uma constante, gera-se ansiedade, tanto na pessoa e na família, como nos enfermeiros que aí desempenham funções. Para além disto, o ambiente vivido nestes serviços é apontado como agente stressor precipitante de ansiedade, de problemas em dormir e da capacidade de descansar (Li & Puntillo, 2006). Dodd e col. (2001, p.672) afirmam que “em alguns momentos, a tecnologia fornece informações importantes para descrever sintomas quando a pessoa não é capaz”, pelo que depreendo que cabe aos enfermeiros fazer uso da sua experiência pessoal e profissional na atribuição de significado aos sinais transmitidos pela monitorização.

Meleis desenvolveu os conceitos de transição e de vulnerabilidade, que se revelam importantes para o entendimento e aplicabilidade da Teoria de Gestão de Sintomas. São conceitos fortemente interligados (Meleis & Schumacher, 2010). Transição surge como uma alteração de papéis na vida de uma pessoa, precipitada por um evento que a obriga a adaptar-se (Meleis & Schumacher, 2010) e Vulnerabilidade é definida como “a predisposição que surge na vida da pessoa, em contexto de vivência diária, e que é revelada através da compreensão das suas

experiências e das respostas dadas durante a transição” (Meleis & Schumacher, 2010, p. 52). O enfermeiro tem a missão de apoiar, compreender e confortar a pessoa durante o processo transicional pelo qual está a passar, priorizando no seu cuidado, o respeito pelos valores éticos, religiosos e culturais, procurando desempenhar um papel facilitador da transição (Meleis, 2012). A PSC sofre uma transição saúde-doença acompanhada por momentos de grande vulnerabilidade.

Mendes (2016a, 2016b, 2018), refere que durante o internamento da PSC, a família é exposta a momentos de vulnerabilidade acrescida, pela instabilidade e tensão impostas à dinâmica familiar. Perante o evento desestruturante da dinâmica familiar, que condiciona o processo de transição situacional que vivenciam, é essencial que os enfermeiros estejam despertos, de forma a fornecer o suporte adequado às necessidades dos familiares (Mendes, 2018). Portanto, os cuidados de enfermagem à PSC revestem-se de máxima importância, englobando uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, a prever e a detetar precocemente as complicações e a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016).

O envolvimento da família consiste na sua participação ativa no planeamento dos cuidados e na sua parceria com a equipa de enfermagem. A intervenção do enfermeiro junto da família da PSC, implica a deteção das necessidades particulares inerentes ao processo de transição vivenciado por ambos, para que seja possível otimizar a relação pessoa-família e capacitar a família, no sentido da obtenção de resultados positivos/ganhos em saúde, na pessoa (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010; Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Meleis & Trangenstein (1994, p. 257) referem que as intervenções de enfermagem devem ter por foco “os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a perceção do bem-estar são os resultados/ganhos”. Assim, o enfermeiro assume o compromisso e a responsabilidade de acolher em si os valores profissionais e a capacidade para se motivar em direção à excelência do seu exercício profissional (Leite, Claudino & Santos, 2009).

Segundo Mendes (2015), o que coloca a família à prova fragiliza-a e desajusta-a, mas permite-lhe a possibilidade de reação e de adaptação. É necessário mostrar compaixão e respeito pelos familiares e pelas decisões dos mesmos (McAdam & Puntillo, 2009). Numa dinâmica de proximidade, a família deposita confiança nos

enfermeiros. Cabe assim ao enfermeiro identificar a sua presença na vida da pessoa doente e considerar a sua fragilidade emocional, construindo a interação nesse sentido (Mendes, 2018). Para isto, é essencial ter em conta três aspetos: “o acolhimento no quotidiano”; “a presença física e ser presença” e “a atenção particular e a particularidade da atenção” (Mendes, 2018, p. 170-177). Mostrar respeito e tentar perceber as emoções dos familiares são intervenções que ajudam a reduzir mecanismos de defesa (Arnold e col., 2010), sendo que muitas vezes, as famílias se encontram em negação (mecanismo de defesa psicológica para proteger um indivíduo ou grupo de ouvir notícias que podem ser psicologicamente prejudiciais) (Arnold e col., 2010).

Nenhum plano de cuidados está completo sem nele estarem incluídas as crenças, desejos, preocupações, questões e participação de ambos, PSC e família (CIBS, 2019). Por vezes, enfermeiro e família não partilham a mesma visão quanto aos procedimentos/tratamentos, logo é crucial que sejam respeitados os desejos da PSC, e nos casos em que esta não os consiga exprimir, os desejos da família, acima das convicções do enfermeiro. Considera-se assim como ponto de partida, a construção de uma relação na qual “as famílias são consideradas parceiras no fornecimento de cuidados de saúde” (CIBS, 2019). Este tipo de cuidados exige dos profissionais “uma atitude e prática de respeito, colaboração e apoio”, pelo que os sistemas de cuidados de saúde devem prestar apoio à equipa (Harrison, 2010, p. 337).

As estratégias direcionadas aos familiares, como a melhoria da comunicação, a prevenção de conflitos e o conforto espiritual, entre outras, resultam em maior satisfação da família na perceção da qualidade da assistência prestada à pessoa (Soares, 2007). É imperativo que os enfermeiros reconheçam a família como alvo dos cuidados de enfermagem, tal como afirma o artigo 110, “Humanização dos cuidados”, da Lei nº 156/2015, a prestação de cuidados é feita à pessoa, inserida numa família ou comunidade. Segundo o Regulamento nº 429/2018 (2018, p.19363), o Enfermeiro Especialista na PSC, tem como competência “cuidar da pessoa, família/cuidador, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. Benner e col. (2011, p.273) acrescentam que o Enfermeiro Especialista deve “pensar na presença família, como uma intervenção de enfermagem”. Esta centralidade da intervenção do enfermeiro, na individualidade e na preservação da identidade dos intervenientes, possibilita uma maior satisfação com os cuidados prestados, o envolvimento nos cuidados, uma sensação de bem-estar e a criação de um ambiente

terapêutico (Hetlanda, McAndrewb, Perazzoc, & Hickmand, 2018). “O significado que as pessoas atribuem a determinada experiência (vivida) permitirá conhecer as necessidades que daí emergem e como se pode responder em conformidade” (Cohen, Kahn, & Steeves, 2000, pág. 4).

Munro e Savel (2018) alertam que, em adição à gestão de sintomas, a comunicação tem um papel preponderante no entendimento na tríade pessoa, família e enfermeiro. Ao desenvolver estratégias de comunicação efetiva, verbal ou não verbal (gestos, movimentos faciais ou utilização de aparelhos eletrônicos), o enfermeiro contribui para o alívio da sensação de medo e ansiedade, integrando a PSC e a sua família nos cuidados (Caple, 2015). Todas as oportunidades servem para dar sentido à interação ao se confortarem pela comunicação (Queiroz e col., 2018). Centrados na intenção de cuidar e confortar a família, os enfermeiros interpretam através do seu registo, verbal e não-verbal, o modo como se encontram a experienciar a situação (Mendes, 2018). A evidência mostra, contudo, que a comunicação entre enfermeiro e família, muitas vezes, não é eficaz (Silva, 2013). Isto deve-se ao facto de os enfermeiros passarem pouco tempo a falar com os familiares, por falta de informação consistente e dispersão da informação (Ahrens, Yancey & Kollef, 2003).

Outro estudo revela que a comunicação e a informação ajudam a minimizar efeitos negativos. Atentando ao que a pessoa diz, como o diz, com que frequência e quão cedo, o enfermeiro obtém informações que permitem prevenir algumas consequências a longo prazo (Davidson, Harvey e Schuller, 2013). Trabalhar com “membros da família ansiosos requer paciência, compreensão e elevada competência em comunicação, o que inclui escuta ativa e uma firme compreensão de modo a que o conteúdo possa ser simplificado e atualizado de várias maneiras para assegurar a compreensão da família” (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011, p. 288). Para que o processo de comunicação seja efetivo e eficaz, são necessários: o processo de autorreflexão; a empatia; a escuta ativa; a gestão eficaz do tempo; o ambiente seguro; o recurso à linguagem não-verbal; a clarificação e a reformulação da linguagem verbal; a promoção da esperança realista e o trabalho em equipa (Silva, 2013). As informações devem ser adequadas às características da pessoa e da família “num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, atendendo a que esta informação determina muitas vezes o futuro do indivíduo e da família” (Direção Geral de Saúde, 2005).

No processo de facilitação do período de transição, o enfermeiro auxilia ambos,

a PSC e a família, a criar mecanismos de adaptação. Razão pela qual, a gestão de sintomas se encontra intimamente ligada ao conceito de *coping* (Igreja, 2012). As estratégias de *coping* dependem de variáveis como: as características do indivíduo (nível de desenvolvimento, género, experiência prévia, personalidade); as características do agente stressor em causa; o contexto (suporte social, influência familiar), assim como, a respetiva interação (Igreja, 2012). Falar de *coping*, é também falar de stress, já que entre ambos existe uma interdependência concetual que os torna conceitos simétricos. O stress corresponde à ausência de uma resposta de *coping*, o *coping* é o que se faz para lidar com o stress (Ramos, 2008).

Os cuidadores negligenciam muitas vezes as suas necessidades, acabando por experienciar *burnout* (traduzido para o efeito como conceito de sobrecarga). A sobrecarga resulta de uma avaliação subjetiva do cuidador acerca da sua própria saúde, das suas necessidades, do que pode constituir ameaça ao seu bem-estar e da doença ou dependência do indivíduo que está a seu cargo, bem como dos recursos que possui para tentar superá-la (Salgueiro, 2008).

1.2. Teoria de Gestão de Sintomas

Para que os enfermeiros possam identificar e intervir nas necessidades da PSC e da sua família, devem orientar a sua intervenção segundo um referencial teórico que lhes permita compreender e enquadrar o raciocínio crítico e as suas intervenções, prestando os melhores cuidados (Dodd, e col., 2010; Linder, 2010). Neste sentido, adotei a Teoria de Gestão de Sintomas, inicialmente elaborada por Larson e col. (1994) e adaptada por Dodd e col. (2001), na qual a gestão de sintomas da pessoa é um processo dinâmico em que o enfermeiro adquire um papel preponderante, por forma a melhorar os *outcomes* que sucedem à sua intervenção. No sentido de os enfermeiros avaliarem, diagnosticarem e intervirem eficazmente perante as necessidades da pessoa, Dodd e col. (2001) referem que a experiência do sintoma inclui: a perceção do indivíduo do sintoma (ou seja, se o indivíduo se apercebe de mudanças na forma como se sente); a avaliação do significado que o sintoma tem para a pessoa e a resposta da pessoa ao mesmo.

O modelo de gestão de sintomas, da Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF), referido na Teoria de Gestão de Sintomas (Dodd e col., 2001), reforça o supracitado, ao afirmar que todos os sintomas potencialmente perigosos precisam de ser geridos e que a estratégia de gestão, sendo um processo

dinâmico, se modifica consoante os resultados e as influências dos domínios de enfermagem (pessoa, saúde/doença e ambiente), e pode ser direcionada para o indivíduo, um grupo, uma família ou o ambiente de trabalho. O domínio da Pessoa refere-se à forma subjetiva como um indivíduo responde aos sintomas; o domínio do Ambiente diz respeito ao contexto em que o sintoma ocorre e o domínio da Saúde/Doença reporta-se às alterações inerentes à patologia da pessoa.

Em 2008, Humphreys e colaboradores desenvolveram três dimensões essenciais na aplicação da Teoria, às quais os enfermeiros devem estar atentos: a experiência do sintoma (perceção individual, avaliação do significado e resposta de uma pessoa face ao sintoma); as estratégias de controlo de sintomas (intervenções desenvolvidas pela pessoa ou pelo enfermeiro, como estratégias de *coping*, que têm como objetivo reduzir a frequência, a intensidade e o *distress* associados à experiência do sintoma) e os *outcomes* (resultado das estratégias de controlo de sintomas implementadas e que devem traduzir a melhoria da experiência do sintoma).

A Teoria de Gestão de Sintomas, mostra a relação entre a experiência dos sintomas, as estratégias de gestão de sintomas e os resultados, assentando em seis suposições (Dodd e col., 2001) das quais destaco três: que a aplicação do modelo assenta na perceção/experiência individual, que cada cliente faz face a um sintoma; que a aplicação do modelo, não depende da manifestação do sintoma (a pessoa pode estar em risco de desenvolver sintomas potenciais, por causa do impacto que as variáveis do contexto causam no mesmo e podem ser delineadas intervenções preventivas, com vista a prevenir o seu surgimento); e que a PSC está muitas vezes impossibilitada de comunicar verbalmente (para interpretar o significado que a pessoa atribui ao sintoma, o enfermeiro recorre aos familiares).

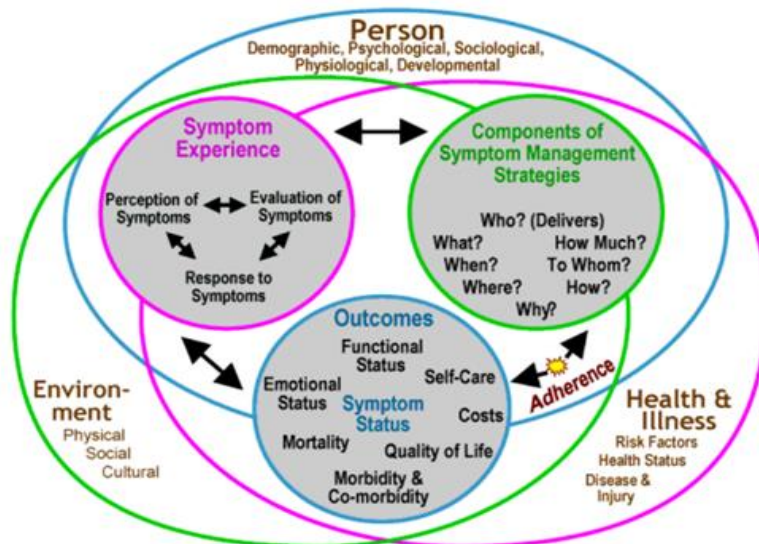


Figura 1 – Teoria de Gestão de sintomas (Dodd e col., 2001)

Fonte: Dodd, Janson, Facione, Faucett, Froelicher, Humphreys, Taylor, (2001).

Além destes, permite ainda a avaliação de fatores que podem influenciar a percepção, avaliação e resposta de um indivíduo, em risco de sintomas potenciais, tal como a **Figura 1** exemplifica.

Segundo Dodd e col. (2001), os profissionais de saúde têm dificuldade em criar estratégias de gestão de sintomas, que possam ser aplicadas em situações agudas ou de cuidado domiciliar. É também consensual na pesquisa realizada, que os profissionais de saúde falham frequentemente na avaliação e intervenção perante sinais de deterioração (Otu e col., 2018) e que por vezes, existe uma deterioração do estado físico da PSC, que não é valorizada pelos profissionais de saúde (Robertson & Al-Haddad, 2013). Por tudo isto, é necessário um entendimento mais aprofundado dos sintomas desagradáveis, focado em atividades de aprendizagem, no sentido de ajudar os enfermeiros a reconhecer antecipadamente os problemas das pessoas e a permitir intervenções direcionadas (Randen, Lerdal & Bjork, 2013).

Existe, contudo, quem defenda uma perspetiva biomédica, mais redutora, segundo a qual, o conceito de sintoma é associado à doença como se fossem sinónimos. Este é interpretado como a expressão da própria doença e valorizado pela sua capacidade de prognosticar o futuro (Fernandes, Miranda, Coelho & Almeida, 2017). Nesta perspetiva, o enfermeiro é o profissional de saúde que se apropria dos princípios da medicina clássica, sendo que o seu cuidado é focado em intervenções biológicas (Fernandes, Miranda, Coelho & Almeida, 2017).

1.3. Revisão Integrativa da Literatura: “Gestão de Sintomas na PSC e família: Uma intervenção especializada de Enfermagem”

Pela ampla experiência de sintomas da PSC e família, e consequente dificuldade do enfermeiro em intervir no alívio e gestão dos mesmos, senti a necessidade de compreender o tema, segundo a evidência científica disponível, pelo que recorri à realização de uma RIL. “A revisão integrativa da literatura é um método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados significativos na prática” (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). Dando resposta ao Decreto-Lei nº 107/2008 (2008, p. 3842), que refere que o mestre deve possuir conhecimentos, capacidades e habilidades que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”, guiei-me pela questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas (I), na pessoa em situação crítica e família (P), na unidade de

cuidados intensivos (Co)?”. A RIL teve como objetivo identificar, mapear e compreender as intervenções de enfermagem que promovem o alívio de sintomas, na PSC e família, na UCI.

Na estratégia de pesquisa utilizada na RIL, identifiquei tanto os estudos científicos publicados, como a literatura cinzenta, que respondessem à questão de investigação colocada. Realizei uma pesquisa inicial limitada a duas bases de dados *on-line*, a CINAHL complete e a MEDLINE complete, através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO e ao motor de pesquisa google académico, sobre a questão de investigação. Seguidamente, efetuei uma análise das palavras e expressões contidas no título, resumo e termos de indexação utilizados para descrição dos artigos identificados. As palavras-chave utilizadas na pesquisa inicial foram ao encontro do tópico em revisão, contendo os elementos da Mnemónica PICO (População/Interesse/Contexto) e são: “*nursing interventions*”, “*symptom relief*”, “*critical patient*”, “*family*” e “*Intensive Care Unit*”. Reuni 44 artigos, sem duplicados. Nestes, analisei o título, o resumo e o conteúdo, tendo selecionado um total de 21 artigos que analisei na íntegra, dos quais inferi as seguintes intervenções especializadas de enfermagem, no cuidado à PSC e sua família.

1.3.1. Compreender o sintoma

A prevenção e a antecipação sistemática de complicações, são a chave para conhecer de forma rigorosa a situação da PSC (Coimbra & Amaral, 2016). A atuação em situação crítica deve ser segura e imediata, pela consciência do seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa (Nunes, 2015, p.188). A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes, devem ter em consideração, a unicidade de cada pessoa, assim como o sintoma que experiencia e a forma como o percebe. Por este motivo, a sua abordagem não deve ser efetuada de igual forma (Brink & Skott, 2013). É aceite que a experiência de sintomas da PSC pode ser de índole muito variada, pelo que a compreensão do sintoma em si, é tida como a primeira intervenção de enfermagem, na gestão de sintomas.

1.3.2. Adequar a intervenção de enfermagem às preferências da pessoa

A gestão de sintomas pode ser um dilema para muitos enfermeiros, perante a variedade e a gravidade de potenciais sintomas e pela necessidade de uma atuação rápida e eficaz na estabilização da PSC, que respeite as preferências da pessoa e as

necessidades do seu meio envolvente. Através de intervenções adequadas às suas preferências, as pessoas experimentam menos desconforto e maior sensação de realização pessoal (Delgado, 2016). A relação interpessoal entre o enfermeiro e a PSC ou a sua família, implica o uso de estratégias de comunicação, facilitadoras na condução do processo de satisfação das necessidades emocionais, de suporte e conforto da pessoa e da família (Silva, 2013). Colaborar com a pessoa e capacitá-la para a solução dos seus problemas exigem atitudes de respeito e dignidade pelo ser humano (Silva, 2013), pelo que o enfermeiro deve tentar conhecer as suas preferências, os seus valores, fatores de qualidade de vida, habilidades de *coping* e determinantes culturais.

1.3.3. Desconstruir conceitos e significados

Como resultado das suas experiências atuais ou anteriores, vividas ou conhecidas, a PSC e os familiares constroem uma compreensão pessoal do que significa estar doente e hospitalizado em terapia intensiva. King (1981) diz que os indivíduos reagem a pessoas, eventos e objetos, e que constroem desta forma as suas perceções, expetativas e necessidades. A intervenção do enfermeiro, centra-se na desconstrução de conceitos e de significados atribuídos pela PSC ou família, decorrentes destas experiências anteriores (Dodd e col., 2001). Esta desconstrução de conceitos/significados influencia diretamente a resposta que a pessoa e a família instituem à experiência do sintoma.

1.3.4. Antecipar eventos críticos e implementar estratégias de *coping*

Os objetivos da intervenção do enfermeiro são a antecipação de eventos críticos e a implementação de estratégias de *coping* eficazes, através do uso dos recursos da pessoa e da família. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel de facilitador e de apoio, na procura de soluções e estratégias, percebendo que é da sua responsabilidade criar oportunidades de discussão e de informação, às pessoas doentes e às suas famílias (Pfeifer & Barbara, 2018).

1.3.5. Interpretar dados fisiológicos na pessoa que não comunica verbalmente

De acordo com Puntillo, Smith, Arai, & Stotts (2008) quando a PSC é incapaz de comunicar verbalmente, o enfermeiro deverá utilizar dados fisiológicos,

comportamentais ou a combinação de ambos, para inferir a existência de sintomas. O nível de experiência do enfermeiro é um fator facilitador desta interpretação.

1.3.6. Comunicar com a PSC e família

O foco da comunicação é o estabelecimento de uma relação, a definição de expectativas e a orientação dos cuidadores, sendo que o fornecimento de uma visão de futuro e o alerta sobre possíveis obstáculos, podem ajudar tanto a PSC como a sua família, a fazerem planos mais realistas. Segundo Benner (2001, p. 17), “aprender a escutar ativamente e a responder empaticamente a alguém que está a enfrentar a morte não é facilmente aprendido”. À medida que contactam com a PSC e a sua família, os enfermeiros adquirem comportamentos destinados a fazer frente às situações extremas. “Muitas vezes o toque para reconfortar ou estabelecer um contato com um doente mais fechado ou deprimido, é um meio que permite a comunicação” (Benner, 2001. p.88). Por outro lado, uma comunicação pouco clara ou inexistente, pode levar à frustração por parte dos familiares e da PSC (Silva, 2013). Davidson (2009), refere que o maior número de queixas relacionadas com as necessidades da família e da PSC, está relacionado com o pouco tempo de visita e com a falta de comunicação. Ao desenvolver estratégia de comunicação efetiva, verbal ou não-verbal, o enfermeiro contribui para o alívio de sintomas, integrando a PSC e a família nos cuidados (Caple, 2015).

1.3.7. Informar

Segundo o artigo 84º, do Código Deontológico dos Enfermeiros, no dever de informação, o enfermeiro assume o dever de prestar informação ao indivíduo e à família relativamente aos cuidados de enfermagem, bem como, “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.111-116). Além destes, deverá atender a todos os pedidos de informação feitos pelo indivíduo, com responsabilidade, informando-o sobre os recursos a que pode ter acesso, bem como a maneira de os obter (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.111-116). Cabe assim ao enfermeiro, o dever de responsabilizar a PSC e a família na tomada de decisão, empoderando-os com conhecimento e informação sincera acerca dos processos que envolvem o seu caminho para a recuperação. A transparência do processo facilita igualmente a transmissão de informação por parte do enfermeiro à PSC e à família, capacitando-os a tomar decisões mais eficazes e adequadas.

1.3.8. Prestar cuidados de acordo com a moral e a ética

Para Jean Watson (2002) cuidar é o ideal moral da enfermagem e o seu objetivo é preservar e melhorar a dignidade humana. Contudo, o ato de cuidar não se limita à pessoa doente, mas alarga-se a toda a sua família que procura promover o equilíbrio após o surgimento da situação crítica (Silva, 2012). “(...) O profissional que vai trabalhar com a família tem de estar preparado para ouvi-la, aceitá-la e compreendê-la na sua singularidade e complexidade” (Waidman & Stefanelli, 2005, p. 120).

Para além disto, o cuidado especializado requer rigor e cumprimento dos princípios éticos norteadores da prática de enfermagem (Beauchamp & Childress, 2002): o princípio da beneficência e não maleficência, que diz respeito à obrigação moral de agir em benefício dos outros, promovendo o bem-estar e impedindo ou eliminando danos; o princípio da justiça, que consiste na obrigação ética de proteger, reconhecer diferentes necessidades e tratar cada pessoa de acordo com o que é certo, adequado e em igualdade, e o princípio da autonomia, relativo à condição de liberdade e de independência da pessoa, nas tomadas de decisão intencionais, devidamente informadas e consentidas, acerca da sua saúde.

1.3.9. Envolver a família na prestação de cuidados

A família da PSC vive momentos continuados de vulnerabilidade, nomeadamente pela sua responsabilidade na tomada de decisões e de escolhas de tratamento. Manifestam necessidades de suporte, de informação, de proximidade e de garantia de cuidados ao seu familiar, procurando interagir com os enfermeiros para dar sentido às suas ações e entender a situação. O papel que assume na situação crítica do seu familiar, por si só, pode causar sintomas físicos e psicológicos. Na perspetiva de Mendes (2018), a família é cliente e contexto de cuidado, pelo que na perspetiva congruente de Fernandes, Gomes, Martins, Gomes, & Gonçalves (2015), é fundamental adotar uma abordagem sistémica, que permita entender o impacto da saúde e da doença no contexto familiar. Desta forma, é essencial que os enfermeiros se concentrem nas reais necessidades da família, considerando o seu cuidado diário e o seu envolvimento na avaliação da situação e na tomada de decisão clínica (Mendes, 2015, 2016; Hetlanda, McAndrewb, Perazzoc, Hickmand, 2018). Segundo Phaneuf (2005), a família com laços afetivos tem necessidade de informação, sendo que o ensino por parte dos enfermeiros ajuda a prepará-la para enfrentar más notícias e adaptar-se ao problema. Refere igualmente que o suporte psicológico ajuda a

diminuir a ansiedade, o stresse e o medo. Assim, os enfermeiros devem convidar os familiares a participar nos cuidados à PSC, se esta for a sua manifesta vontade, ao mesmo tempo que são esclarecidos sobre a situação clínica, as responsabilidades da família e a melhor maneira de manifestar as suas necessidades, sentimentos e conflitos internos.

1.3.10. Adotar estratégias de suporte dirigidas às necessidades da família

É a família que, na maioria dos casos, suporta e satisfaz as necessidades das pessoas dependentes. No seu seio, um ou mais elementos assumem o papel de cuidadores informais (Loureiro, 2016). A evidência científica, acerca da sobrecarga do cuidador informal, revela que a continuidade do desempenho deste papel pode resultar num desgaste físico e emocional, com impacto na vida pessoal, social, familiar e profissional destes cuidadores (Loureiro, 2016). Todavia, cuidar de um familiar doente não revela apenas sobrecarga, podendo germinar aspetos positivos gerados pela solidariedade, proximidade e intimidade (Paúl, 1997). Através da avaliação do contexto dos cuidados e da sobrecarga dos cuidadores, poderão ser promovidas estratégias de suporte dirigidas às suas necessidades individuais (Loureiro, 2016).

1.3.11. Respeitar as convicções

Na vivência do processo de transição situacional, a família muitas vezes encontra-se em negação, ou tem esperança num milagre. As tradições religiosas devem ser respeitadas, envolvendo os líderes religiosos, se possível, e a família precisa de tempo para absorver a informação e lidar com os seus próprios sentimentos (Arnold, R. e col., 2010). Sempre que as convicções do enfermeiro não forem coincidentes com as da família, o enfermeiro deve colocar-se na posição da pessoa e da família, tentar perceber o que sentem e pensam, respeitar as suas posições, apoiá-los e desta maneira, tentar explorar estes sentimentos e as convicções que têm (Arnold, R. e col., 2010).

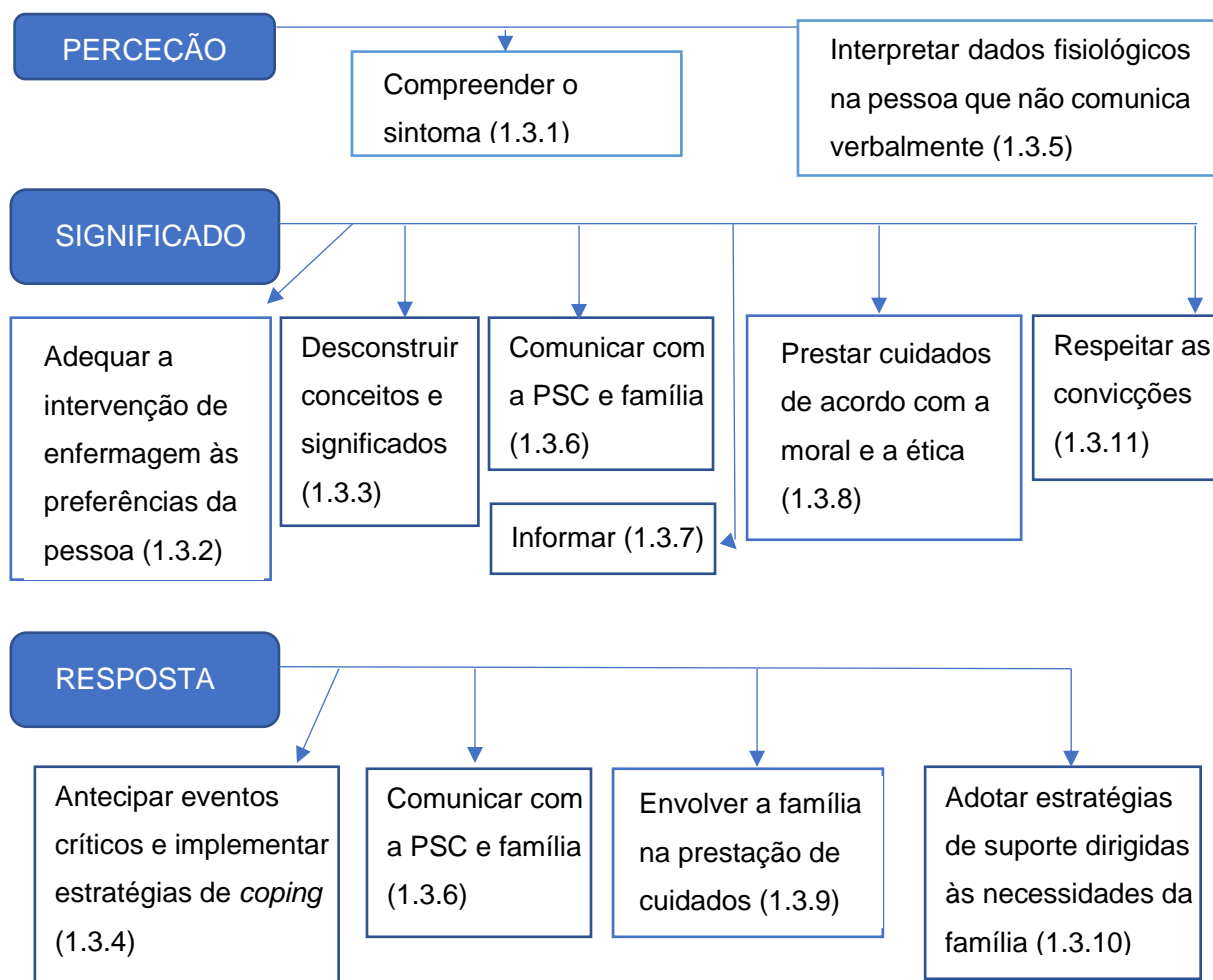
1.4. Lacunas na gestão de sintomas

Ao longo deste estudo, constatei que os sintomas, relacionados com a experiência subjetiva da doença, são de elevada intensidade de descontrolo sintomático e que têm poucas referências nos registos dos enfermeiros. Uma filosofia, apenas direccionada para a cura, transparece na prática de cuidados pela pouca

atenção dada ao controlo de sintomas próprios da PSC. A evidência demonstra ainda, que existem alguns sintomas que são subavaliados pelos profissionais de saúde e que deste modo, é necessária uma mudança assente em alicerces sólidos e consistentes, passando pela formação nesta área, de todos os enfermeiros que cuidam e tratam de PSC e da sua família. A literatura sugere a implementação de escalas de avaliação sintomática nos serviços, para uma melhoria na prestação de cuidados à PSC e sua família e sugere que deve ser elaborado um mapeamento adicional das experiências da PSC, com ênfase nos sintomas angustiantes e silenciosos, bem como, que devem ser desenvolvidas e implementadas outras ferramentas para facilitar a comunicação e a intolerância perante sintomas desagradáveis (Randen, Lerdal e Bjork, 2013).

De seguida, no **Diagrama 1**, são esquematizadas as intervenções de enfermagem que contribuem para o alívio de sintomas, inferidas através da RIL, consoante as três categorias que se destacam na experiência do sintoma: Perceção, Significado e Resposta.

Diagrama 1 – Intervenções de enfermagem que promovem o alívio de sintomas



1.5. - Mapeamento de conceitos

A partir da elaboração da RIL realizei ainda o mapeamento de conceitos que abaixo apresento, na **Figura 2**, e que pretende ser um resumo da gestão sintomática da PSC. Revela assim que a experiência do sintoma inclui a percepção que o indivíduo tem acerca do sintoma, bem como o significado que lhe atribui e ainda a resposta que institui. Nesta experiência, subjetiva e pessoal, o indivíduo e a família passam por processos de transição, que por si só, podem ser causadores de sintomatologia negativa e a intervenção do enfermeiro é preponderante, servindo de apoio e ajuda, no processo de criação de mecanismos de *coping*.

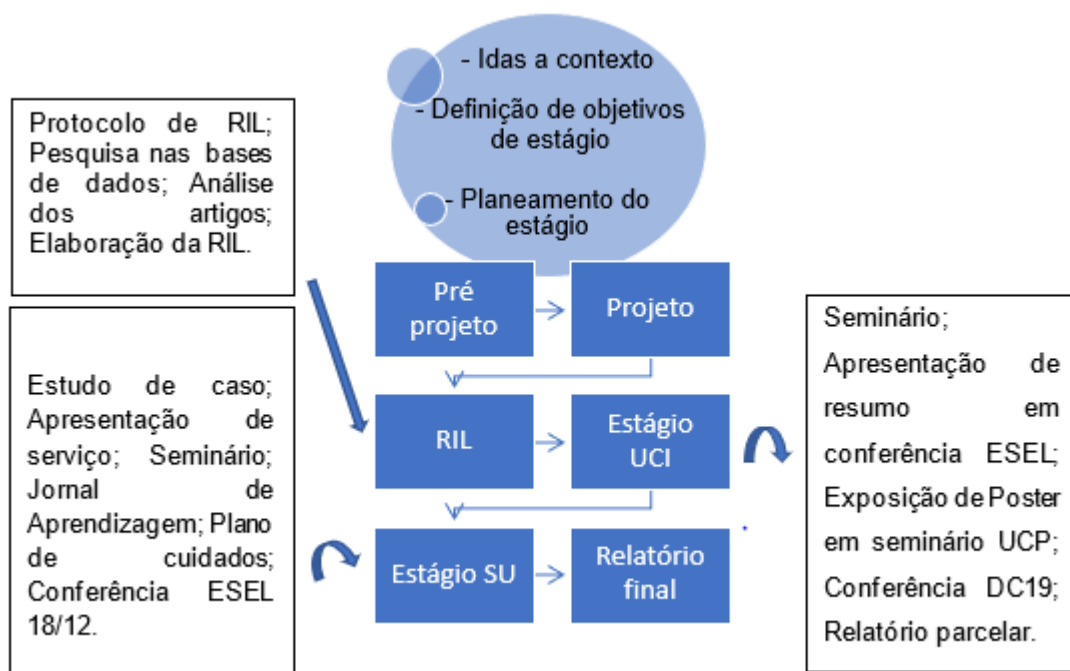


Figura 2 – Mapeamento de conceitos

2 – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo faço uma análise descritiva, crítica e fundamentada do percurso de desenvolvimento de competências, realizado ao longo do 3º semestre do presente Mestrado, no âmbito da temática definida no Projeto de Estágio: “A Gestão de Sintomas na PSC e família – Uma Intervenção especializada de Enfermagem”. De forma a facilitar o planeamento do 3º semestre, elaborei um cronograma que se encontra como **Apêndice 1** e o **Diagrama 2**, que se seguem.

Diagrama 2 – Desenho do percurso



Apresento a análise das atividades propostas e realizadas, à luz das competências de Mestre (Descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de estudos) (DGES, 2011), dos objetivos do CMEPSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) e das competências específicas (Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) do Enfermeiro Especialista, na área da PSC. Esta análise das atividades desenvolvidas, no decorrer dos estágios, tem como objetivo ilustrar os momentos de aprendizagem que contribuíram para alcançar o estadio 5, do Modelo de Dreyfus, adaptado à enfermagem e desenvolvido por Benner, correspondente ao nível de Perito. Neste, a enfermeira revela uma elevada experiência e compreensão intuitiva, de cada situação, sendo detentora de uma capacidade excecional ao nível da intervenção, da

competência, do julgamento clínico e da gestão de situações complexas (Benner, 2001). Seguem-se os **Diagramas 3 e 4**, ilustrativos do supracitado.

Diagrama 3: Benner de Iniciado a Perito – níveis de perícia

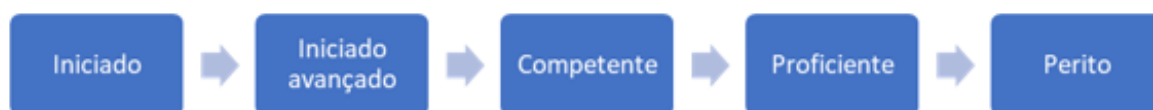
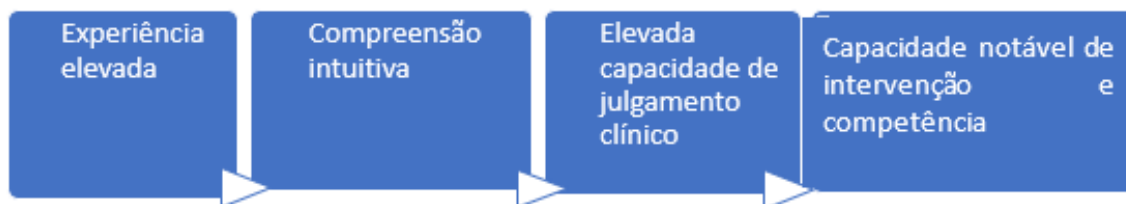


Diagrama 4: Características do nível Perito segundo Benner



A perícia exige uma procura de aprofundamento, balanceada entre a teoria e a prática, alimentada pela própria experiência clínica do profissional, pela aquisição contínua de novos conhecimentos e pela própria reflexão sobre a ação que desenvolve, as quais se enquadram numa perspetiva de Enfermagem Avançada. Isto, leva a decisões mais fundamentadas e confiáveis, revelando também capacidade de liderança a diversos níveis. Neste sentido, cumpro o percurso formativo de 500 horas, em contexto de estágio, na UCIC, no período compreendido entre 23 de setembro e 22 de novembro de 2019, e no SU, entre 25 de novembro e 7 de fevereiro de 2020, em dois hospitais da região de Lisboa.

2.1 - Contextualização dos locais de estágio

Os contextos de prática clínica para a realização dos estágios foram selecionados tendo por base as competências que me propus desenvolver no Projeto de Estágio. Em conjunto com a Orientadora Pedagógica, foram planeados os períodos de estágio, delineados os objetivos e planeadas as atividades, que substanciaram todo o percurso de aquisição de competências. Realizei um estágio em contexto de SU e outro em contexto de UCI, dividindo as horas totais entre si.

2.1.1 – Estágio em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgica (UCIC)

Na UCIC cuidei sobretudo de pessoas politraumatizadas, neurocirúrgicas, pessoas em choque, pessoas com pneumonias agudas e com insuficiências respiratórias graves. A sintomatologia mais frequente na PSC é de etiologia variada e

grande parte das vezes, as pessoas encontram-se sedadas e ventiladas, pelo que a gestão de sintomas necessita de ser realizada por um enfermeiro perito, que se possa subsidiar na forma como a pessoa reage, para aferir a sua sintomatologia e geri-la. Recorri à família para obter informação e para a levar para junto da PSC, com a antecipação do que iria observar e sentir. Este foi também um momento privilegiado para desmistificar alguns medos e conceitos, sendo que a opinião, no serviço, é congruente, com os Senhores Enfermeiros a referirem que esta antecipação é muito importante para a gestão de sintomas na família e para uma possível antecipação de eventos críticos.

Em termos dos sintomas experienciados pela família da PSC, os mais frequentes, são a ansiedade, o medo e a esperança ou desesperança. É nomeado um familiar de referência que é contactado sempre que necessário, como em caso de transferência da PSC para outro serviço ou no sentido de transmitir ou pedir informações. Existe uma “sala de notícias”, no serviço, onde falam em privado com as famílias destas pessoas. É o local onde a equipa acolhe os familiares, recolhe, transmite informações e presta apoio emocional. Tem um ambiente confortável e privado, em que se discute o plano de cuidados da PSC com a família, inteirando-a da situação. É sobretudo um local de escolhas e de abertura, no sentido de obter os melhores resultados e ganhos em saúde para a PSC. Existe preocupação em trazer o familiar para o plano de cuidados, mantê-lo informado e subsidiar-se nele, sempre que necessário, para os melhores *outcomes*, e assim, ganhos em saúde para a pessoa. Existe igualmente preocupação em perceber e não perturbar ao máximo o funcionamento social da família. Os Senhores Enfermeiros peritos destes contextos, consideram que experiências anteriores de doença crítica podem ser facilitadoras ou dificultadoras da nova experiência e que é um aspeto que tem de ser trabalhado em cada internamento.

O serviço funciona em disposição “*open space*”, otimizando a visualização direta de todas as PSC mesmo aquando dos registos de enfermagem. São permitidas apenas duas visitas por pessoa internada, mas por vezes há exceções, no sentido de atender à singularidade de cada experiência familiar, sempre que o estado da pessoa assim o permita.

Entre os Senhores Enfermeiros Especialistas verifica-se uma preocupação acrescida pela formação. Aproveitam todas as oportunidades, nomeadamente, acompanham e convidam a partilhar os trabalhos de estudantes quando esses

trabalhos são em áreas inovadoras e com interesse para o serviço. Para além disso, a equipa aposta na sua formação realizando frequentemente cursos, seminários, conferências, workshops e elaborando pesquisas bibliográficas permanentes. Disseminam entre si o que aprendem e implementam frequentemente novas práticas, baseadas na evidência científica.

2.1.2 – Estágio em contexto de Serviço de Urgência (SU)

Articulado com os hospitais de urgência polivalente, e vocacionado para prestar atendimento em situações de urgência ou emergência médico-cirúrgica 24h por dia, a sua localização é estratégica de modo que, como define a alínea d) do Despacho do Ministério da saúde n.º 727/2007, de 15 de janeiro de 2007, dentro das áreas de influência respetivas, os trajetos terrestres não excedem os sessenta minutos, entre o local de doença ou acidente e o hospital. Os motivos pelos quais a PSC e a sua família mais recorrem ao SU, prendem-se com sintomatologia sugestiva de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE), Enfartes Agudos do Miocárdio (EAM), Trauma (atropelamentos e quedas), infeções respiratórias com dispneia acentuada associada e dor de índole variável. O SU disponibiliza ainda o atendimento consoante as vias verdes (AVC, EAM e fratura do colo do fémur). É pois, um local suportado por uma tecnologia de ponta e profissionais experientes, que tendem a possuir formação especializada para dar resposta ao elevado nível de exigência, o que favorece uma prestação segura de cuidados. A especificidade e a complexidade dos cuidados prestados exigem, da equipa de enfermagem, destaque na prestação de cuidados à PSC e à sua família e um papel importante na segurança da pessoa, no controlo da infeção e na prevenção de eventos adversos.

Está organizado em seis áreas de intervenção especializada: 2 postos de Triagem, 1 sala de Reanimação, 1 sala de Pequena Cirurgia, 1 Balcão, Corredores e 1 sala de Observação. Destas, e tendo em conta a temática de Gestão de Sintomas na PSC e família, destaco a minha intervenção na sala de Observação e na sala de Reanimação. Em ambas, a sintomatologia, o tempo e os recursos disponibilizados favoreceram o desenvolvimento de uma gestão de sintomas mais eficaz, tanto na PSC como na família. O acompanhamento da PSC, pela sua família, é realizado ao longo de todo o processo de atendimento no SU. A família da pessoa pode estar presente ininterruptamente na Triagem e na área do balcão, acompanhando assim os cuidados prestados à mesma. No que respeita à sala de reanimação, embora alguma

bibliografia já aponte para a necessidade de trazer a família para este momento (Köberich e col., 2010; Rinaldi e col., 2014), ainda é aceitável que esta fique fora da sala e que seja informada e acompanhada, posteriormente. Na sala de observação e nos “corredores”, as pessoas encontram-se internadas a aguardar vaga nos serviços de internamento, pelo que estas duas áreas têm um horário específico de visitas. O SU é desafiante e extenuante para os profissionais de saúde e hostil/angustiante para a pessoa e família, que a ele recorrem. A capacidade de empatia e de prestação de cuidados especializados são constantemente postos à prova, perante a vulnerabilidade a que são expostos. Os enfermeiros têm que, por isso, evidenciar competências relacionais, cognitivas, técnicas e éticas, visando a garantia da qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

2.2. - Análise crítica do desenvolvimento de competências

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa, e ter conduta ética e deontológica. A prestação de cuidados à PSC estimulou a minha atualização permanente de conhecimentos e a reflexão sobre a minha prática, com a finalidade de desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em PSC. Encetando uma análise crítica e reflexiva sobre o meu desempenho, propus-me atingir os seguintes objetivos gerais:

- 1 – Aprofundar conhecimentos e adquirir competências especializadas, na intervenção em enfermagem à PSC e respetiva família;
- 2 – Desenvolver competências no âmbito da avaliação, da prevenção, da antecipação e da gestão de sintomas na PSC e sua família.

Com o intuito de atingir os objetivos gerais, delineei os seguintes objetivos específicos.

Objetivo específico 1 - Aprofundar conhecimentos teóricos relativamente à gestão de sintomas na PSC e na sua família.

Apostar na formação, na aquisição e/ou desenvolvimento de competências, de modo a garantir qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem, tal como é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2006, p.3), fazendo referência à UNESCO (1976), implica: que o enfermeiro se eduque; que desenvolva as suas

aptidões e conhecimentos e que melhore as suas qualificações técnicas e profissionais, em espaços que prolonguem a formação inicial. Para além do referido, e segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019), compete ao Enfermeiro Especialista o desenvolvimento de uma prática clínica que se baseie em evidência científica e identifique lacunas no conhecimento.

Por forma a dar resposta às competências elencadas e aos desafios que foram propostos pela tríade pedagógica (Estudante, Professor e Orientador) dos contextos de estágio, tive iniciativa e fui criativa na interpretação e resolução de problemas. Nomeadamente durante e após a prestação de cuidados em situação de sintoma súbito, participei em análises reflexivas, com os senhores enfermeiros, sobre a gestão de sintomas e implementei novas estratégias, modificando a minha prática sempre que necessário.

Desta forma, tanto em contexto de UCIC como em contexto de SU, comecei pela observação atenta da dinâmica do serviço, dos protocolos vigentes, das práticas comuns na prestação de cuidados no serviço e das justificações das respetivas diferenças observadas à luz da evidência científica e da minha experiência profissional. Na UCIC, pela complexidade dos cuidados prestados e sustentada pelos Cálculos de Dotações Seguras da Ordem dos Enfermeiros de 2014, os enfermeiros têm menos pessoas internadas atribuídas. Este facto, permitiu-me concentrar nos pormenores no cuidado especializado à PSC e identificar áreas a explorar no meu raciocínio, na atualização científica e na minha prestação de cuidados. Considero enriquecedor, ter sido este o primeiro contexto de estágio, no sentido em que me permitiu organizar o pensamento crítico e apoiar na tomada de decisão, nomeadamente, a gerir prioridades. No SU, o ritmo de trabalho, o número de pessoas que recorrem e a imprevisibilidade do que poderá acontecer no decorrer das horas de espera a que as pessoas doentes e familiares estão sujeitos, impeliram-me a mobilizar diferentes competências, em simultâneo, entre as quais, a observação, enquanto prestava cuidados. Com este ritmo, por vezes alucinante, e ao prestar cuidados à PSC, tudo parecia prioritário numa fase inicial. Por isto mesmo, o meu pensamento teve de ser reconstruído, para entender o que não poderia deixar de ser feito, em detrimento de alguns aspetos do cuidado que pudessem ser tidos em conta mais tarde ou de forma diferente. Neste sentido, optei sempre por uma avaliação de prioridades segundo a metodologia ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*) (Madeira e col, 2011).

O processo formativo, visa igualmente atender ao princípio da excelência no exercício da profissão, consagrado na alínea c) do n.º 3 do artigo 78.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, realçado na alínea c) do artigo 88.º, que diz respeito ao dever da excelência do exercício e refere que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Relativamente ao cumprimento deste dever, no caso da UCIC, a “passagem de turno” da manhã constituía-se como um momento privilegiado à disseminação de conhecimento, enquanto que no SU estes momentos eram realizados, de forma mais abrangente, em formações de serviço, e de forma mais particular durante a prestação de cuidados. Tanto na UCIC como no SU, a prestação de cuidados especializados pelos enfermeiros, motivaram-me a sentir necessidade de atualização constante, a pesquisar e a partilhar a informação com as equipas, do contexto de estágio, de turma e de local de trabalho. A minha vontade de acompanhar o seu raciocínio clínico e de saber mais através da procura nos locais adequados, atentando a cada pormenor necessário para perceber exatamente quais as prioridades no cuidado à PSC, impeliram-me a um trabalho diário no caminho da progressão, que se inclui nas 225 horas de trabalho autónomo preconizadas para este curso de Mestrado, e que se transformou numa forma mais significativa de estar na Enfermagem.

Ambos os Senhores Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio são Enfermeiros Especialistas, peritos na área da PSC, e fizeram questão de me mostrar o quão importante é o cuidado especializado, tendo sempre por base as dimensões ética, política, social e económica da minha prática de cuidados. Como resposta à competência elencada, debatíamos constantemente o plano de cuidados tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Considero que os planos de cuidados que realizei foram sendo progressivamente melhores, mais completos e individualizados, indo cada vez mais ao encontro das necessidades da pessoa e sua família, adequados ao ambiente envolvente, obtendo assim resultados mais satisfatórios. O facto de me questionarem constantemente sobre a gestão de sintomas, de terapêuticas e de cuidados, permitiu-me saber mais e perceber melhor este cuidado especializado que progressivamente tenho vindo a prestar. Este grau de excelência motivou-me a estudar, a rever bibliografia tornando a minha pesquisa o mais abrangente quanto possível, a discutir as temáticas e os procedimentos e

consequentemente, a melhorar a minha prática.

Uma das competências de Mestre, definidas pelo Decreto-Lei nº 107/2008 (2008, p.3842) é a de que o mestre deve possuir conhecimentos que “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”. Ainda no mesmo Decreto-Lei, encontra-se referido que o Mestre em enfermagem deve ser capaz de “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”. Da mesma forma, de acordo com os Descritores de Dublin, define-se o objetivo de desenvolvimento de projetos, que reflitam e questionem as práticas existentes e paradigmas ao nível da enfermagem e do desenvolvimento de processos de inovação nas práticas de cuidados (DGES, 2011). Também de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, as designadas Competências Comuns, envolvem as dimensões, da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, de disseminar e de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permitam avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (*Diário da República*, Regulamento n.º 124/2011).

Ao longo do período de estágio e como forma de futuramente alcançar estas competências, participei na Conferência Internacional de Saúde Familiar, por proposta da Orientadora Pedagógica, que se realizou na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 16 de outubro de 2019. Apresentei o trabalho que desenvolvi ao longo do curso de Mestrado, acerca do Tema da Gestão de Sintomas da PSC, intitulado “Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica e Família: uma Intervenção Especializada de Enfermagem”. Senti-me muito gratificada pelo convite e foi com grande afinho que me preparei para a apresentação e desenvolvi o trabalho. Considero que a exposição oral é uma competência que exige treino, a partir do qual se adquire mais confiança e sinto que houve a intenção de me proporcionar a oportunidade de treinar esta competência, pelo que a oportunidade foi prontamente aceite. Remeto a apresentação e resumo realizados para **Apêndice 2** e o Relatório da participação na Conferência para o **Apêndice 3**.

Para além disto, também as reflexões frequentes com os Senhores Enfermeiros da UCIC e do SU, de iniciados a peritos, me permitiram sensibilizá-los, apresentar sumariamente a evidência científica encontrada e disseminar a Teoria de Gestão de

Sintomas, bem como o trabalho que tenho desenvolvido nesta área. Nesta sequência e derivado do trabalho realizado na área da Gestão de Sintomas, recebi o convite por parte do Senhor Enfermeiro Orientador do contexto de UCIC para participar no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, com o tema “Enfermagem Especializada ao serviço do Bem Comum”. Participei, no dia 29 de novembro, com a elaboração e exposição de um Poster científico relativamente aos resultados obtidos na RIL, sob o tema “A intervenção especializada de enfermagem, na gestão da perceção do sintoma pela pessoa em situação crítica (PSC) e família”. Remeto este Poster para **Apêndice 4** e um relatório de participação no Seminário para **Apêndice 5**.

Adicionalmente em contexto de SU, realizei uma sessão formativa motivada pelas necessidades formativas identificadas no serviço e subordinada ao tema “Gestão do Stresse na família da PSC”. O stresse ocorre quando se verifica uma ameaça lesiva no ambiente (como o processo de internamento), o que provoca um desequilíbrio na pessoa e na sua família. Através deste processo de interação com o meio, a pessoa e a família avaliam as exigências do mesmo e mobilizam as respostas e os recursos necessários para lidar com elas. Os enfermeiros têm responsabilidade de cuidar, reduzir a ansiedade e o medo, estabelecer uma relação de confiança e reduzir o stresse, promovendo o *coping* (Mercês e col., 2012). Depois de identificar a necessidade de formação, elaborei o plano de sessão, com o planeamento e metodologia do trabalho a desenvolver. A sessão decorreu com bastante recetividade por parte dos Senhores Enfermeiros (16 participantes). Os resultados encontram-se explicitados no **Apêndice 6**, referente ao plano de sessão e diapositivos da sessão, após o documento de avaliação da mesma.

Ainda segundo os Descritores de Dublin (DGES, 2011), propostos para o 2º ciclo correspondente ao curso de Mestrado, o Enfermeiro deve: analisar e criticar o desenvolvimento do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem, na área da PSC, e desenvolver uma compreensão aprofundada do discurso contemporâneo sobre saúde, doença e cuidados/tratamento e as suas implicações na política de saúde, organização da assistência e prática dos profissionais de saúde. Para atingir estas competências e para além da constante translação do conhecimento que fiz, para o meu contexto profissional, partilhando novas áreas de interesse e conclusões com os meus colegas, tive igualmente a oportunidade de assistir a Congressos e Conferências, onde se discutiram pertinentes assuntos da Enfermagem.

Assisti ao Congresso Internacional Doente Crítico 2019, nos dias 24 e 25 de outubro, com mesas acerca da intervenção do enfermeiro na PSC e cujos temas remeto para o **Apêndice 7**, juntamente com o relatório da participação no congresso. Os temas do Congresso foram de grande valor científico e por isso muito relevantes para o meu percurso formativo, pois permitiram-me manter atualizada à luz das últimas *guidelines* e projetos inovadores.

Tive ainda oportunidade de assistir à 1ª Jornada “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde”, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a qual decorreu no dia 18 de dezembro e contou com a brilhante participação do Professor Doutor Abel Paiva. É sobre a sua participação e sobre os temas que nos trouxe que elaborei o relatório que remeto para **Apêndice 8**.

O Jornal de Aprendizagem também foi determinante para alcançar as competências, como estratégia reflexiva e de consolidação do corpo de conhecimentos. Atendendo à perspetiva de Benner (2001, p.32), a perícia desenvolve-se “quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real”. O tema do trabalho surgiu no contexto de SU e foi a “Gestão de conflitos no SU”. Em serviços onde se prestam cuidados à PSC e à sua família, a busca de informação, a ansiedade em obter respostas, a angústia da instalação do tratamento definitivo e a vontade de obtenção de resultados positivos, bem como do próprio abandono da instituição para o domicílio, suscitam momentos de grande vulnerabilidade e stresse, que podem precipitar alguns conflitos. Perante o ambiente vivido nestes serviços, cabe ao enfermeiro estar desperto para a possibilidade da existência de conflitos, do motivo pelo qual surgem e procurar agir atempadamente no sentido de os antecipar e prevenir, ou de os resolver da forma mais eficaz. O trabalho permitiu-me refletir, de acordo com o método organizado do Ciclo de Gibbs (Gibbs, 1988), sobre as estratégias que utilizei na gestão de conflitos de uma situação específica, como poderia ter agido melhor suportada na bibliografia, que conclusões tirei da situação e que influência isso terá na minha prática futura de cuidados.

Em suma, todos estes momentos de partilha de conhecimento permitiram-me comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, produzindo um discurso fundamentado, tendo em conta as diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde. Para além disto, permitiu-me de forma muito simples e direta comunicar os resultados da prática e da investigação efetuada e ainda, promover a formação em

serviço na área da especialidade. A finalidade destas atividades foi incorporar na prática de cuidados, os resultados da investigação, bem como outras evidências científicas que influenciaram a mudança de comportamentos para uma prestação de cuidados de qualidade. Neste processo, demonstrei através das atividades desenvolvidas, que adotei uma postura proativa no desenvolvimento de conhecimentos teóricos, em especial em áreas que me eram desconhecidas, reconhecendo e ultrapassando as minhas limitações. Foi sempre realizado um trabalho de articulação com a pesquisa científica, bem como a reflexão com os Senhores Enfermeiros peritos e especialistas como forma de discussão dos resultados encontrados, sendo que na perspetiva de Mendes (2016) o orientador clínico assume um papel positivo no processo de aprendizagem reflexiva.

O cuidado centrado na pessoa em situação de doença crítica, desenvolvido numa perspetiva de enfermagem avançada e ao qual assisti nos contextos de estágio perante dois Senhores Enfermeiros Orientadores exímios neste cuidado, foi arrebatador. Progressivamente fui mudando a minha forma enraizada de pensar, focalizada do particular, para o geral e global, através de um olhar atento a todas as dimensões da pessoa, da família e do meio envolvente como potenciais geradores de sintomas, que necessitam da minha atenção e cuidado. Neste trabalho ganhei ainda a habilidade de não me dispersar na minha gestão de prioridades, avaliando cada vez mais eficazmente as necessidades dos meus alvos de cuidados. Benner (2001) diz-nos que a Enfermeira que se encontra num nível proficiente, se apercebe das situações como um todo e não em termos de aspetos isolados, ao passo que, a Enfermeira que se encontra num nível perito, possui uma enorme experiência, compreende de forma intuitiva cada situação e se foca diretamente no problema, sem se dispersar em leques variados de soluções e diagnósticos sem relevo. Neste momento, vejo-me a transportar este cuidado especializado para o meu local de trabalho. E mais que isso, a tentar incutir este método de trabalho pela disseminação dos seus resultados, aos colegas com quem trabalho diariamente. Um exemplo disto é a perspetiva enraizada de que o familiar é um obstáculo à prestação de cuidados e não um aliado na mesma. Por vezes, deparo-me com comentários que à luz do que tenho vindo a expor, considero pouco informados e por vezes insensíveis, em relação à reação de alguns familiares a patologias, perspetivas de tratamento e prognósticos pouco favoráveis ou mesmo a morte. Tenho debatido constantemente o significado das palavras e dos nossos atos com os meus colegas, com interesse pelas suas

perspetivas e no sentido de tentar transpô-los para o lugar da pessoa doente e da sua família, para poder também fazer valer a sua. Aos poucos, considero que os exemplos transmitidos têm provocado reflexões e mudanças na forma de agir e pensar de alguns colegas, que confrontados com os resultados e em busca de evidência que os sustente, alteram o seu agir. Sobretudo, observo uma maior satisfação por parte dos meus colegas com os resultados obtidos. Para além disto, no âmbito da apresentação anual no serviço onde exerço funções, sugeri que a minha apresentação incidisse na gestão de sintomas da família da PSC, mais precisamente na preparação e acompanhamento da morte da PSC. Após grande receptividade no serviço, implementei a apresentação tendo recebido reforços muito positivos em relação ao tema e à abordagem da teoria.

Objetivo específico 2 - Sustentar a intervenção terapêutica na evidência científica com a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura.

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.5) declara que “A atuação do enfermeiro especialista (...) também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” O Regulamento nº 140/2019 (2019), refere ainda que o enfermeiro deve participar ativamente em processos de investigação e que deve contribuir para a produção de novo conhecimento e o desenvolvimento de uma prática clínica especializada. Sendo que Pires (2009, p.744) afirma que a “Enfermagem enquanto disciplina do âmbito da ciência tem a responsabilidade de contribuir, permanentemente, com a produção de conhecimentos capazes de sustentar ações de cuidado”. Esta perspetiva tem por base a Enfermagem como uma ciência que como tal, possui um corpo de conhecimentos próprios. Assim, é importante que os seus profissionais desenvolvam investigação na sua área, contribuindo para a construção profissional e consequente desenvolvimento científico (Jurado, Gomes, & Dias, 2014; Pires, 2009; Santos & Oliveira, 2003).

Por este motivo, defini este objetivo específico e procedi ao aprofundamento do tema acerca da Gestão de Sintomas na PSC e sua família. Com a metodologia anteriormente evidenciada no ponto 1.3. e em estreita colaboração com a Professora Orientadora, analisei minuciosamente os artigos, de acordo com o protocolo de pesquisa elaborado (**Apêndice 9**), e realizei a discussão dos dados, o que culminou na realização da RIL com o título “Gestão de sintomas na PSC e família: uma

intervenção especializada de enfermagem”. A realização da RIL, para além do alcance das competências acima referidas, teve por objetivo aprofundar conhecimentos e competências, no sentido de melhorar o suporte teórico à intervenção de enfermagem, especificamente em contexto de UCI. As principais conclusões obtidas na RIL foram previamente apresentadas no subcapítulo 1.3., por uma questão de encadeamento com o tema.

É através da produção científica que a Enfermagem se assume e afirma enquanto disciplina independente. Com os resultados obtidos na RIL, e como explicitado no objetivo anterior, participei com a elaboração, exposição e apresentação de resumo e poster, respetivamente, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Com estas atividades, considero ter atingido as competências elencadas, no caminho da progressão para obtenção do grau de Mestre e título de especialista.

Objetivo específico 3 - Prestar cuidados de Enfermagem especializados à PSC e à sua família em contexto de UCI e SU.

A prestação de cuidados de enfermagem à PSC insere-se no meu exercício profissional, desempenhado em contexto da unidade de cuidados intermédios, do serviço de cirurgia geral, ou seja, no imediato período pós-operatório de grandes cirurgias abdominais. No domínio da gestão dos cuidados, pretende-se que o enfermeiro seja capaz de gerir os cuidados à PSC e à sua família, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação da equipa multiprofissional. Quer-se também que seja capaz de adaptar a liderança e a gestão dos recursos, às situações e ao contexto de UCI e de SU, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748).

Neste sentido, um bom plano de cuidados é essencial e a base para a eficaz prestação de cuidados. Não só permite uma melhor identificação das necessidades da PSC, das alterações no seu estado clínico e a estruturação dos cuidados de forma mais eficiente e em tempo útil, como assegura uma passagem de informação mais competente. Esta foi uma das atividades em que investi no âmbito da prestação de cuidados e, em cuja delineação e aplicação, fui ganhando mais autonomia. Ao nível da prestação de cuidados, o conhecimento do processo clínico da PSC, permitiu-me reconhecer melhor os sinais de alerta, a sintomatologia prévia e toda a história até ao

momento, o que me ajudou também e gradualmente, a identificar melhor e precocemente necessidades e a atuar eficazmente. Este progressivo desenvolvimento da minha autonomia na prestação de cuidados à PSC e família, tornou possível alcançar os objetivos propostos. Tive em atenção a perceção do meu lugar enquanto estudante, tentando não perturbar a dinâmica do serviço. Contudo, assumi progressivamente dinâmicas de liderança, atingi a capacidade de refletir acerca das necessidades identificadas e de propor intervenções junto dos Senhores Enfermeiros Orientadores.

Em contexto de SU, a delineação e a aplicação do plano de cuidados das pessoas internadas são realizadas de forma diferente nas diversas áreas de atuação que compõem o serviço. Realizei turnos na sala de observação, na área do balcão e na sala de reanimação. Na sala de observação, onde iniciei o meu estágio, os enfermeiros ficam responsáveis por 5 a 6 pessoas e delinham o plano de cuidados de cada um. Aqui, fui responsável pela identificação das necessidades (quer hemodinâmicas, quer terapêuticas) de cada pessoa, pela elaboração dos seus planos de cuidados e pelas intervenções necessárias para alcançar os resultados propostos. O Senhor Enfermeiro Orientador questionava-me acerca de todos os aspetos da patologia e fisiopatologia da PSC e acerca da terapêutica prescrita, no sentido de poder confiar-me a enorme responsabilidade de intervenção autónoma e interdependente, sob a sua supervisão. Nesta constante discussão, consegui identificar as necessidades de cada pessoa e aplicar um plano de cuidados mais individualizado. Frequentemente, comparei os protocolos vigentes nas instituições onde já trabalhei, com aqueles com os quais era diariamente confrontada, no sentido de aferir a melhor prestação de cuidados à PSC de acordo com a bibliografia existente.

Na área do balcão, encontram-se pessoas triadas consoante a Triagem de Manchester com as pulseiras: verde, amarela e laranja. O objetivo é que a passagem das pessoas por esta área seja breve e que se execute o tratamento definitivo, tenham alta para o seu domicílio ou que ocorra a sua transferência. Quando recebi pessoas nesta área, tive a preocupação de ler cuidadosamente o registo da triagem e de eventuais relatórios médicos já existentes. Só depois contactei com as pessoas e realizei os procedimentos necessários. A partir daqui encaminhei as pessoas para os exames complementares de diagnóstico a realizar, ou para o local de internamento. Nesta área, as pessoas ficam menos monitorizados comparativamente à sala de observação. Este método de trabalho foi um desafio para mim e também foi aquele

em que assisti a um maior número de conflitos com a família da PSC, bem como stresse e ansiedade por entre os próprios enfermeiros. Na tentativa de me integrar no método de trabalho, com a PSC, naquele setor, empenhei-me em rapidamente perceber o motivo pelo qual tinham recorrido, qual o tratamento que tinha sido preconizado e aplicá-lo consoante a minha avaliação de enfermagem. Tive em especial atenção os familiares das PSC, que neste ambiente fugaz e de grande nível de ansiedade e stresse, se encontravam muitas vezes desesperados por informações, ou muitas das vezes, apenas por alguma atenção. Por isso mesmo, foquei-me sempre que possível, em fornecer informações aos familiares, explicar procedimentos e a sua justificação e explicar os passos a tomar seguidamente, mesmo que estes implicassem o período após a alta da pessoa do SU.

A sala de reanimação recebe pessoas em situação de emergência, com prioridade máxima na Triagem de Manchester (pulseira vermelha). Aqui, a manutenção da vida e a diminuição das complicações para a PSC são o foco principal. A equipa multidisciplinar concentra-se nos sintomas - que são identificáveis, com a monitorização adequada e olhos treinados -, na instituição do respetivo tratamento e na transferência da pessoa para o local onde é realizado o tratamento definitivo. Para além das intervenções que coloquei em prática, tais como: puncionar, colher espécimes para análise, administrar terapêutica, prestar cuidados em situação de reanimação e colher informações junto da pessoa, tive a preocupação de acompanhar o elemento da equipa médica que informava os familiares, observar a forma como o fazia, auxiliar na comunicação de maus prognósticos e morte, e ainda, ficar algum tempo com os familiares, a conversar, a esclarecer dúvidas e a prestar apoio.

Para além disto, a participação no processo de transferência e acompanhamento da PSC a exames complementares de diagnóstico ou locais onde se instituiu o tratamento definitivo, também se constituiu uma atividade essencial para atingir a competência de gestão de cuidados da PSC. Para tal, foi importante não só avaliar as necessidades da pessoa, mas também reunir todo o material necessário para o seu transporte. Para uma eficaz preparação e efetivação do transporte, tal como para prestação de cuidados em geral, tanto na UCIC como no SU, tornou-se imperativo conhecer o espaço e os recursos existentes no serviço, nos quais estão incluídos normas e protocolos. Integrei-me assim no serviço e conheci as dinâmicas de organização e prestação de cuidados da equipa multidisciplinar, o que me permitiu compreender as relações e metodologias de trabalho existentes, e facilitou a

articulação com toda a equipa multiprofissional. Em relação às normas e protocolos existentes, conheci-os e apliquei-os, com o objetivo de promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Benner (2001, p.201), afirma que os protocolos são “diretivas visando obter cuidados de qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados”. No entanto, e coincidentemente com a perspetiva de Flynn & Sinclair (2005), os protocolos não substituem o julgamento clínico dos enfermeiros e principalmente de Enfermeiros Especialistas. São documentos abstratos que servem de guia orientador e por isso, não têm em conta a unicidade da pessoa e a experiência clínica, mas têm em vista permitir uma maior autonomia na tomada de decisão dos profissionais. Tive acesso a diversos protocolos do serviço, como, protocolos terapêuticos de sedoanalgesia e administração de vasopressores, protocolos de substituição de linhas arteriais, do cateter venoso central e de cateteres venosos periféricos, bem como de isolamento por microrganismos multirresistentes, que me permitiram igualmente melhorar a autonomia na prestação de cuidados. Com este conhecimento foi-me possível prestar cuidados de enfermagem de forma dinâmica e articulada com a equipa multiprofissional, bem como, atingir as competências acima mencionadas.

O Enfermeiro Especialista, apresenta igualmente como competência, saber adaptar a informação a cada momento e a cada pessoa, consoante a transição e o momento que se encontram a vivenciar (Regulamento nº 429/2018, 2018). Por isto mesmo, a minha intervenção focalizou-se também nas necessidades da família da PSC. Na UCIC, o Senhor Enfermeiro Orientador permitiu-me conduzir reuniões com familiares, com objetivos pré-definidos por ambos. No SU, procurei a todo o momento criar oportunidades para esta interação com a família, chamando-a à parte para conversar e esclarecer, ouvindo os seus anseios e tentando fornecer informação e apoio. Para além disso, na UCIC realizei a admissão à família de pessoas internadas. Depois de inicialmente, ter assistido às admissões realizadas pelo Senhor Enfermeiro Orientador, fui assumindo, no decorrer do estágio, a gestão das mesmas. O momento do acolhimento na UCIC é iniciado aquando da receção da pessoa. Interagi com a família da PSC, com o objetivo de mostrar disponibilidade, estabelecer uma relação, transmitir informações e obtê-las acerca do contexto social e médico e ainda, facilitar a articulação com a equipa médica, quando necessário. O horário das visitas era também um momento privilegiado para o fazer. As características da UCIC permitiram-me igualmente ajustar o horário de visitas ao familiar, devidamente autorizado pela

Senhora Enfermeira Chefe e, sob a atenção de critérios específicos (estado hemodinâmico da pessoa e organização do serviço).

Também no sentido de dar resposta ao objetivo supracitado e à competência de gerir “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4748), realizei um turno de gestão na UCIC, com a Senhora Enfermeira Chefe e com a Senhora Enfermeira Coordenadora. Neste, pude observar as respetivas dinâmicas de atuação e perceber a organização dos cuidados da equipa de enfermagem, como forma de desenvolver competências na área de gestão organizacional, a nível de recursos materiais e humanos, e da gestão de conflitos. Fiz a verificação do carro de emergência quanto à sua funcionalidade e material, na contabilização dos níveis de estupefacientes e a aferição dos prazos de validade, de terapêutica e material aberto. Pude colaborar igualmente na verificação das necessidades de reposição de material e na realização de uma auditoria aos registos de enfermagem, que neste serviço é diária. Esta auditoria permite a contabilização de parâmetros que contribuam para a taxa de infeção do serviço, como número de cateteres centrais colocados, PSC entubadas endotraquealmente, ventiladas e algaliadas.

Ainda na mesma linha de aquisição de competências, tive a oportunidade de acompanhar o Senhor Enfermeiro Orientador do contexto de UCIC, em alguns turnos, nas suas funções de chefe de equipa, o que me permitiu perceber a atuação do Enfermeiro Especialista enquanto líder da prestação de cuidados e de gestor dos recursos humanos e materiais.

Tendo por base as competências de que o Enfermeiro Especialista em PSC “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”, do Regulamento nº 429/2018 (2018, p.19363), e a competência de que o Enfermeiro Especialista “mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”, do Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4747), executei as seguintes atividades. Tanto na UCIC, como no SU, intervimos na antecipação da instabilidade e risco da PSC, implementando respostas céleres e adequadas, que dependeram tanto do contexto, como do diagnóstico e/ou ainda, da necessidade específica de cuidados da PSC. Geri cuidados em situações complexas face à gravidade da PSC, sob supervisão do Senhor Enfermeiro Orientador. Foi-me exigida liderança, face à distribuição e à organização de funções, e a articulação tanto com outros serviços hospitalares, como com outros membros da equipa

multidisciplinar, por forma a responder adequadamente às necessidades da pessoa.

Discuti regularmente ideias com os Senhores Enfermeiros Peritos acerca dos cuidados prestados, do material utilizado, de novas técnicas e de resultados experimentais. No início do estágio, foquei-me em compreender o aparato tecnológico relativamente à monitorização hemodinâmica da PSC. Recorri ao diálogo com os enfermeiros do serviço e à pesquisa bibliográfica, no sentido de me atualizar e ser eficaz na minha avaliação e intervenção, principalmente pensando numa ótica de gestão de sintomas, que em pessoas que não se expressam verbalmente, também se subsidia na interpretação dos valores da monitorização. Compreendi estes sinais fisiológicos como indicadores de possíveis sintomas e desta forma, intervim por exemplo na gestão do sintoma da sede, não só através da hidratação oral e dos lábios, mas também, promovendo uma correta e regular higiene oral.

Contactei com a técnica de monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) e interpretei os valores observados, através dos sensores de PIC, em pessoas admitidas com o diagnóstico de hematoma subdural ou TCE. Através desta monitorização, pude compreender os fatores que podem influenciar a variação da PIC, como por exemplo, estímulos como o som e a luz, alterações na pressão arterial sistémica, alterações na ventilação ou no posicionamento da pessoa. Por isto mesmo, adotei intervenções no sentido de gerir a sintomatologia e controlar os valores observados, como por exemplo, adequiei o som e a luz na unidade da pessoa, controlei a eficácia da sedoanalgesia, face à interpretação dos valores de BIS (Índice Bispectral), monitorizei a glicémia capilar e evitei oscilações no posicionamento da pessoa. Tudo isto contribuiu para antecipar e prevenir a lesão secundária na pessoa com doença neurocrítica.

Participei em mobilizações de pessoas politraumatizadas com restrições de posicionamento, nomeadamente, em pessoas com trações cutâneas e pessoas com trauma vertebro-medular. Para além disto, posicionei, pela primeira vez, uma pessoa com pneumonia grave, em decúbito ventral, no sentido de gerir a sua ventilação, dado que este posicionamento tem como objetivo combater a hipoxémia em situações de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. Com esta técnica, a oxigenação da pessoa melhorou, devido à redistribuição da ventilação alveolar e da perfusão, otimizando assim a sua função ventilatória. No posicionamento da pessoa neste decúbito, tive de ter em consideração, antecipar e prevenir possíveis complicações como, edema facial, obstrução das vias aéreas, lesões cutâneas, extubação accidental

ou desadaptação ventilatória, provocada pelo próprio posicionamento.

Uma das grandes preocupações da equipa de enfermagem da UCIC é acerca da prevenção e tratamento de úlceras por pressão e provocadas por dispositivos médicos. Usam como *guideline* o documento “Prevenção e tratamento de úlceras por pressão: Guia de consulta rápida”, com o qual me pude familiarizar. O posicionamento das pessoas teve em conta as suas limitações e patologia. A título de exemplo, em pessoas com o diagnóstico de pneumonia, com maior expressão radiológica à direita, utilizei o posicionamento semi lateral esquerdo, para aumentar a ventilação do pulmão direito e o posicionamento semi lateral direito, para aumentar a perfusão do mesmo, sempre que a pessoa os tolerasse. Realizei o levante à pessoa, o mais precocemente quanto possível, quando acordado e colaborante nos cuidados, mesmo em pessoas ventilados. As úlceras por pressão mais frequentes no serviço são na região occipital e nos calcâneos, o que me alertou para que no posicionamento, os dispositivos como almofadas, fossem colocadas na posição correta, para evitar a fricção e pressão no local, e apenas se necessário. Coloquei a cabeceira da cama preferencialmente a 30 graus, para potenciar a sua oxigenação, à exceção de pessoas com restrições de posicionamento nesse sentido (traumatismo vertebro-medular). Através destas intervenções, geri a sintomatologia das pessoas doentes e preveni possíveis complicações.

Relativamente às úlceras por pressão provocadas por dispositivos médicos, as que têm maior incidência no serviço, são provocadas pelo tubo endotraqueal, o que me alertou para a importância da mudança frequente da posição do tubo, para a hidratação da boca e toda a mucosa oral e para a monitorização da sedação da pessoa, para facilitar a tolerância ao tubo, antecipando assim o aparecimento destas úlceras. Para além destas, também ocorrem úlceras de pressão, provocadas pelas máscaras de ventilação não invasiva, nomeadamente retroauriculares e nasais, o que me alertou para a necessidade de vigilância, de hidratação, de adequação do elástico da máscara e da utilização de material que possa almofadar mais a zona, como compressas, antecipando mais uma vez o aparecimento de complicações como úlceras.

Sendo que a grande maioria das pessoas internadas com as quais contactei, se encontravam adaptadas a prótese ventilatória, tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa ventilada, gerindo a sua adaptação à modalidade ventilatória e ao tubo endotraqueal. A presença de tubos oro ou nasotraqueais, em contato direto com

as estruturas das vias aéreas, pode provocar lesões da mucosa decorrentes, principalmente, de entubações traumáticas e prolongadas, da utilização de tubos de grande calibre e da elevada pressão do *cuff*, que se deve encontrar entre 20 e 30 mmHg (Lindholm, 1969). Por esta razão, realizei a mobilização do tubo, no sentido de prevenir estes danos na mucosa oral e nos lábios das pessoas (úlceras provocadas por dispositivos médicos). Por vezes, esta mobilização requereu um aumento da dose da sedação, no sentido de provocar o menor desconforto à pessoa, pelo que tive igualmente de adequar a sedoanalgesia da mesma, articulando-me com a equipa multidisciplinar. Assisti à colocação e substituição de tubos orotraqueais pela equipa médica e participei na técnica de entubação, organizando o material e fixando o tubo.

Durante o estágio tive ainda oportunidade de realizar a técnica de aspiração endotraqueal quando a pessoa apresentava tosse, secreções e redução das saturações periféricas de oxigénio. A técnica de remoção do tubo orotraqueal tem como possíveis consequências edema das estruturas da via aérea, com possível consequente estridor e incapacidade de ventilação, pelo que no momento que a realizei tive de atentar aos sinais e sintomas referidos, no sentido de atuar precocemente. Como consequências da entubação orotraqueal existem as úlceras por pressão nas vias aéreas, lacerações da mucosa, disfonia e disfagia. Decorrente da manipulação do tubo, a principal preocupação é o surgimento de infeções, pelo que a técnica foi sempre, assética e cuidadosa. Para além disto, tive a oportunidade de: interpretar parâmetros ventilatórios e trabalhar com o ventilador; desenvolver conhecimentos acerca das suas modalidades e interpretação de dados; adequar parâmetros quando me requisitado; seleccionar o posicionamento mais adequado à pessoa em particular, tendo em conta a sua instabilidade hemodinâmica, no sentido de promover a drenagem postural e prevenir o controlo de infeção associada ao ventilador.

Diariamente realizei uma avaliação do traçado cardíaco da PSC, não só para o avaliar, mas também para poder classificá-lo e registá-lo, o que me permitiu colocar em prática os conhecimentos adquiridos através do Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) e do *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN). Colaborei em cuidados de suporte avançado de vida, sendo que preparei material para a colocação de cateteres venosos centrais e entubação endotraqueal, coloquei acessos venosos, preparei e administrei terapêutica e soros, participei na discussão do plano terapêutico, em conjunto com a equipa médica, o Senhor Enfermeiro Orientador e a

família da PSC, participei no algoritmo de compressões e insuflações, entre outros procedimentos.

A interpretação de resultados analíticos permitiu-me ajustar, de forma rigorosa, eficiente e sustentada nos protocolos terapêuticos, parâmetros ventilatórios, aporte de oxigénio e terapêutica, bem como adequar as diversas intervenções que coloquei em prática nos meus cuidados de enfermagem. Não obstante ter administrado diversa terapêutica diferente da habitual na minha prática (vasopressores, sedoanalgésicos e aminas), senti-me segura em termos de conhecimento sobre indicações terapêuticas, interações com outros medicamentos, diluições, modo de administração e possíveis efeitos secundários, o que me ajudou a antecipar alguns sintomas.

O contacto que tive, ao longo do estágio, com Senhores Enfermeiros Especialistas de reabilitação permitiu-me obter uma perspetiva mais aprofundada em termos de otimização ventilatória, através do posicionamento e ainda, da interpretação eficaz de exames complementares de diagnóstico, como foi o caso de Raio-X, procurando gerir a sintomatologia e adequar posicionamentos, consoante a avaliação.

Contactei ainda com uma pessoa admitida no SU, por terceira tentativa de suicídio (Intoxicação Medicamentosa Voluntária) com ingestão de bebida alcoólica, 35 comprimidos de Diazepam, 10 comprimidos de Propanolol. Embora consciente, encontrava-se sonolenta, mas despertável à voz e estimulação moderadas. Apresentava um discurso deprimido, destrutivo, mas orientado na dimensão pessoal, temporal e espacial. Consegui estabelecer uma relação terapêutica, através da escuta ativa para poder intervir na etiologia do seu ato. Depois de prestar os cuidados imediatos (entubação nasogástrica, lavagens gástrica com 4 litros de soro e saída de um grande número não contabilizável de comprimidos, bem como administração de carvão ativado), procurei os familiares na sala de espera. Esclareci-os e informei-os dos passos seguintes do tratamento e foi possível permitir que estivessem com a PSC, pelo que ficaram junto dela até ser transportada para a sala de Raio-X, processo que acompanhei e geri. A intervenção teve resultados positivos, pela estabilização da PSC e sua família e pela sua redução da ansiedade.

Saliento ainda a experiência que tive com o teste de deglutição denominado *Gugging Swallowing Screen* (GUSS), também recente no SU e que tive a oportunidade de aplicar. Trata-se de um teste de deglutição aplicado a todas as pessoas com diagnósticos neurológicos ou respiratórios, antes de iniciar a

alimentação, com o objetivo de adequar a dieta e evitar o surgimento de complicações como por exemplo, pneumonias de aspiração. Remeto este teste para **Anexo 1**.

Tive ainda oportunidade de partilhar alguns momentos em que o Senhor Enfermeiro Orientador do contexto de SU esteve no posto de triagem, o que me permitiu observar o fluxograma da Triagem de Manchester e as respetivas exceções, que derivaram da sua experiência e conhecimento na antecipação e gestão da sintomatologia das pessoas doentes.

Por último, gostaria de salientar que o método de administração de terapêutica, nomeadamente na sala de observação, funciona com um sistema de QR code. Acerca do mesmo, fui questionada por um dos Senhores Enfermeiros Chefes de Equipa, acerca da relevância entre a utilização deste sistema no SU e nos serviços de internamento. O ambiente rápido e de grande stresse, com muitas pessoas admitidas, com múltiplas necessidades, propicia de certa forma o erro, na administração terapêutica. Por este motivo, considero que se aplica melhor neste ambiente, embora pudesse ser aplicado em todos os diferentes serviços, na medida em que fornece mais segurança na administração da terapêutica e nos certifica que a medicação prescrita está de acordo com todas as regras da sua administração.

Segundo o artigo 110 da Humanização dos cuidados, da Lei nº 156/2015 (2015), está prevista a importância da inclusão da família na prestação de cuidados de enfermagem. Desta forma, tentei envolver ao máximo a família no plano de cuidados da PSC, participando como elemento facilitador no processo. O constante debate acerca dos cuidados prestados e das necessidades da PSC e suas famílias, com Peritos na área e com Orientadora permitiram-me a sistematização de conceitos, implementação de estratégias para ultrapassar dificuldades e um trabalho autorreflexivo constante, assim como um reajuste, sempre que necessário, da minha prática, essencial para melhoria dos meus cuidados à PSC. O feedback que recebi ao longo do estágio foi extremamente positivo e motivador, tendo sido salientada a minha capacidade de aprendizagem, de adaptação e de aceitação da crítica, por parte dos Senhores Enfermeiros Orientadores dos contextos de estágio.

A formação inicial em enfermagem proporciona um leque variado de competências que permitem ao enfermeiro agir perante a pessoa, no entanto, sou da opinião que a PSC deve ser cuidada por pessoas “especiais”, com as características que vim a desenvolver ao longo dos estágios e que explico no relatório. Considero

ter atingido as competências propostas com as atividades que desenvolvi nos contextos. Todo o trabalho que desenvolvi contribuiu para o meu autoconhecimento, na medida em que me desafiei e correspondi à mudança. A curiosidade e a busca da aprendizagem diária têm sido os meus maiores desafios. Sequiosa de saber, encaro cada experiência e cada par como um potencial modelo a seguir.

Objetivo específico 4 - Desenvolver competências na comunicação, com a PSC e sua família, em contexto de UCI e SU.

Tendo em mente uma prestação de cuidados o mais especializada e abrangente quanto possível, percebi que seria imprescindível definir como próximo objetivo específico, o desenvolvimento das estratégias de comunicação. O Enfermeiro Especialista detém competências no domínio da comunicação, das quais são exemplos, a negociação e a clarificação, no sentido de mediar e resolver conflitos, de implementar as suas decisões clínicas e ainda, de consciencializar os elementos da equipa para práticas mais fundamentadas, demonstrando capacidade de trabalhar adequadamente, na equipa multidisciplinar. De acordo com o Regulamento nº 429/2018 (2018, p.19363), o Enfermeiro Especialista em PSC, tem como competência “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, gerindo a comunicação interpessoal, que fundamenta a relação terapêutica com a PSC e a sua família, adaptando o seu discurso face a situações complexas e ainda, estabelecendo uma relação terapêutica, assistindo a PSC e a sua família, nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

Neste sentido, foquei-me inicialmente, em ambos os contextos, na observação das estratégias de comunicação utilizadas pelos Senhores Enfermeiros e recorri à pesquisa bibliográfica, no sentido de encontrar estratégias de comunicação e fundamentá-las, comparando-as com as que observava. Na UCIC existem técnicas de comunicação denominadas “umentativas”, que pude colocar em prática com PSC ventiladas. Estas permitem otimizar a comunicação em pessoas que se encontram impossibilitados de se exprimir através da fala. Utilizei cartões com símbolos que ilustravam as atividades de vida diária, permitindo à pessoa que as identificasse e assim, as exprimisse permitindo-me atuar eficazmente. Para além desta técnica, recorri à comunicação escrita em pessoas que apresentavam capacidade para tal, mostrando-se também esta, muito satisfatória para a PSC, sendo mais fácil, tanto identificar as suas necessidades como fazer com que participassem no seu plano de cuidados. Promovi uma comunicação terapêutica que pretendeu ser o mais eficaz

possível, independentemente do nível de consciência da PSC. Utilizei estratégias como técnicas de comunicação verbal e não verbal, o tom de voz adequado, o toque terapêutico suave e delicado e adequei o silêncio, como forma de proporcionar o conforto e segurança e assim, contribuir para o estabelecimento da relação enfermeiro/pessoa e enfermeiro/família (Marques, 2009).

Ainda relativamente ao trabalho desenvolvido na UCIC, considero que consegui estabelecer uma relação de confiança com os familiares da PSC, em momentos que considerei oportunos e consegui interagir em momentos de comunicação de “más notícias”. Senti que os familiares estavam habituados a esta relação de proximidade com o enfermeiro e com a equipa médica e se sentiam mais seguros desta forma. Procuravam-nos para falar, pedir informações e participar no plano de cuidados. Reconheci a importância da comunicação com os familiares, por forma a que compreendessem por exemplo, a necessidade da monitorização e de algumas técnicas invasivas, fornecendo-lhes formas de reduzir o seu stress e a sua ansiedade. Adotei como estratégia, a descrição antecipada do que os familiares iriam encontrar, de forma a criar uma representação visual da situação e assim, poder facilitar o processo, diminuindo o choque (Benner e col., 2001).

No SU proporcionei momentos de expressão de sentimentos e de dúvidas, por parte dos familiares. Senti necessidade, por vezes, de os chamar à parte quando se encontravam mais nervosos e com grande labilidade emocional. O objetivo foi sobretudo proporcionar um ambiente reservado em que se sentissem à vontade para esclarecer as suas dúvidas e anseios, proporcionando-lhes apoio psicológico e estratégias para lidar com a situação. Esta intervenção teve um impacto positivo nos familiares devolvendo-lhes maior serenidade e disponibilidade para acompanhar a pessoa doente. A estratégia utilizada foi posteriormente discutida com o Senhor Enfermeiro Orientador que me felicitou pela decisão.

Objetivo específico 5 - Potenciar a prevenção e controlo da infeção na pessoa em situação crítica e respetiva família.

O impacto das infeções hospitalares representa um problema ao qual os enfermeiros devem prestar particular atenção. Estes, pelo número de horas que passam a prestar cuidados diretos, são responsáveis pela área da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, as áreas da segurança da

pessoa doente e da prevenção e controlo de infeções, são dois grandes focos da equipa de enfermagem, pelo que foram também duas áreas nas quais procurei desenvolver competências. No sentido de atingir a competência, numa altura de maior fragilidade e vulnerabilidade para a pessoa, e face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil, cumpro criteriosamente as normas e orientações da comissão de infeção, através dos protocolos presentes no serviço. Realço o efetivo cumprimento dos momentos adequados de higienização e desinfeção das mãos e ainda, a correta utilização do equipamento de Proteção Individual, bem como as regras de administração de terapêutica. Mantive escrupulosamente a manutenção de assepsia em técnicas invasivas, cumprindo rigorosamente os procedimentos e os protocolos, tendo sido por isso, felicitada pelo seu cumprimento ao longo do estágio. Assimilei igualmente protocolos e normas de prevenção e controlo de infeção, emanadas pela Direção Geral da Saúde, e que revelam a necessidade da implementação de medidas preventivas no contágio e disseminação das patologias em questão. Destaco ainda os momentos em que disseminei a informação perante familiares de pessoas internadas, no momento das visitas, pelo que a minha integração nesta dinâmica foi total.

Com estas atividades propus-me alcançar as competências que explico seguidamente. No domínio da melhoria da qualidade, é desejado criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, tanto para a PSC, como para a sua família (*Diário da República*, Regulamento nº140/2019). Isto cruza-se com o objetivo das competências específicas do Enfermeiro Especialista, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, no qual o enfermeiro “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (*Diário da República*, Regulamento nº 429/2018).

Tive o privilégio do Senhor Enfermeiro Orientador do contexto de UCIC, ter desenvolvido trabalho sobre este tema durante o seu percurso académico e profissional, o que me permitiu conhecer melhor os protocolos e as principais preocupações do serviço relativamente a esta problemática. Permitiu-me igualmente participar na prestação dos cuidados à PSC, com o devido conhecimento das medidas preventivas, normas e protocolos, como por exemplo, protocolos de manipulação de Linhas Arteriais, Cateteres Venosos Centrais e cateteres vesicais, ou ainda, a utilização de esponjas com clorexidina, para os cuidados de higiene e uma solução

de clorexidina para a higiene oral, como medida preventiva da pneumonia associada ao ventilador.

Ainda com o objetivo de alcançar as competências acima apontadas, fui capaz de monitorizar sinais e sintomas da PSC com infeção, através da sua avaliação nutricional, da avaliação do local de inserção de cateteres venosos centrais ou periféricos, da monitorização da temperatura e frequência cardíaca, da avaliação de feridas (exsudado, rubor, calor e edema) e da correta utilização das técnicas assépticas, nos procedimentos que a exigiam.

No contexto de SU, também o Senhor Enfermeiro Orientador, me permitiu conhecer as normas e protocolos do serviço, relativamente à prevenção e controlo de infeções hospitalares. À semelhança do que acontece com o erro terapêutico, o ambiente rápido, stressante e complexo, vivido no SU, pode propiciar falhas no cumprimento das normas e na proliferação de agentes infecciosos. O facto de as pessoas doentes provirem diretamente da rua, também representa um risco acrescido. Deste modo, senti a necessidade de cumprir rigorosamente as normas e protocolos, bem como de utilizar sempre corretamente os equipamentos de proteção individual. Para além disso, também aqui a informação e a disseminação das normas aos familiares da PSC ocuparam um lugar determinante, que me ajudaram igualmente no alcance das competências mencionadas.

Objetivo específico 6 - Promover, um ambiente harmonioso e processos terapêuticos adequados, à pessoa que se encontra em situação crítica e à sua família.

No domínio da melhoria da qualidade, das designadas competências comuns do Enfermeiro Especialista, é desejado que se desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da PSC e sua família, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (*Diário da República*, Regulamento nº 140/2019). E ainda de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro otimiza o ambiente e os processos terapêuticos, na pessoa e na família a vivenciar processos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica (*Diário da República*, Regulamento n.º 124/2011).

Na perspetiva de Bettinelli, Pomatti & Brock (2010), durante o internamento, a pessoa está sujeita aos cuidados da equipa, geralmente com o tórax visível, em

virtude da necessidade de procedimentos emergentes e observação direta do mesmo, podendo ser invadida a sua privacidade e a sua intimidade. Contudo, a manutenção da privacidade do outro constitui-se um preceito ético (LOCH, 2009). De acordo com Soares & Dall' Agnol (2011), para que o respeito da privacidade da pessoa como virtude ética, se concretize no ambiente hospitalar, é necessário esforço e dedicação conscientes do sujeito envolvido no cuidado. Atentando aos princípios éticos da pessoa e aos princípios legais inerentes à prática de enfermagem, explicitados pela Ordem de Enfermagem, no seu Código Deontológico (2015), no artigo 99º, ponto 3, alínea b), é princípio orientador da atividade do enfermeiro “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” e no artigo 107º, alínea a), o enfermeiro assume o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”. Tendo estas competências em mente, considero que a privacidade da pessoa e da sua família foram sempre tidas em conta e promovidas na prestação de cuidados e na comunicação estabelecida. Tive em atenção detalhes tão pequenos, quanto a pessoa não ficar destapada, ter as cortinas ou portas fechadas no seu espaço, com uma quantidade de luz que não fosse nociva ou desconfortável e sobretudo, adequar o silêncio. Em ambos os contextos, utilizei, por diversas vezes, salas próprias para estabelecer comunicação com os familiares da PSC e assegurar a sua privacidade, em momentos de grande vulnerabilidade. Para além disto, assegurei igualmente o conhecimento, a gestão e a administração de protocolos terapêuticos complexos, em articulação com o Senhor Enfermeiro Orientador de cada contexto, como anteriormente referido.

Objetivo específico 7 - Demonstrar, na interação com a PSC e sua família, em contexto de UCI e SU, o respeito pelos princípios éticos e Código Deontológico, garantindo o bem-estar dos envolvidos.

Na sequência dos objetivos específicos definidos considerei importante terminar com este, já que segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4746), compete ao Enfermeiro Especialista demonstrar “uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e ainda, segundo o Decreto-Lei nº 107/2008 (2008, p.3842), é competência do Mestre, a integração de conhecimentos e desenvolvimento de questões complexas, emitindo juízos em situações de “informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”. Focando-me no alcance destas competências, desenvolvi uma

prática baseada nos princípios deontológicos, reguladores dos cuidados de enfermagem, através de ações como, promover o envolvimento da pessoa e da sua família no processo de tomada de decisão e fornecer níveis de informação adequada, para que conscientemente, pudessem fazer opções de cuidados e tratamentos. Para além disto, respeitei e protegi a vulnerabilidade dos intervenientes, estando atenta ao processo de transição e necessidades de cada um (despertada através da pesquisa acerca das teorias escolhidas) e ainda, promovi a segurança dos cuidados prestados, adequados às crenças e valores dos intervenientes, que procurei compreender. Por tudo isto, considero que honrei o Código Deontológico dos enfermeiros (Lei nº 156/2015), bem como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 104/98), tendo-os presentes e como base para a minha intervenção.

Ainda segundo os Descritores de Dublin (DGES, 2011), propostos para o 2º ciclo, é aceite que o Enfermeiro deve analisar as dimensões ética, política, social e económica da sua prática. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal das competências comuns do Enfermeiro Especialista, pretende-se promover práticas de cuidados à PSC e família, que respeitem os direitos humanos. Para isto, uma prática avançada de enfermagem mostrou-se necessária. Só é possível desenvolver uma prática profissional, de forma ética, se nos mantivermos atualizados, num esforço indissociável entre a teoria e a prática e se recorrermos à empatia, para nos colocarmos no lugar do outro e assim, também analisar as suas necessidades, salvaguardando a sua unicidade. Desta forma, as competências foram alcançadas e os objetivos cumpridos. Todos os dias, e por diversas vezes, conferenciei com os Senhores Enfermeiros Orientadores acerca dos melhores cuidados a prestar à PSC, identificando necessidades e estabelecendo objetivos para o plano de cuidados. “O exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro” (Mendes, 2016, p.3). Nesta perspetiva, mantive uma prática reflexiva, que me permitiu avaliar e ponderar as minhas intervenções, à medida que as ia colocando em prática e melhorar os cuidados prestados, a partir das conclusões retiradas.

3 - CONCLUSÃO

O relatório, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização PSC, pretende espelhar o meu desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) e as competências específicas (Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) do Enfermeiro Especialista, na área da PSC, bem como, as competências de Mestre (Descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de estudos) (DGES, 2011), os objetivos previstos pela ESEL para o CMEPSC (ESEL, 2010).

A análise reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas, no decorrer dos estágios, ilustra os momentos de aprendizagem que contribuíram para o caminho percorrido no alcance do Estadio 5 preconizado no Modelo de Dreyfus, adaptado à enfermagem e desenvolvido por Benner, correspondente ao nível de Perito.

A “Gestão de Sintomas na Pessoa em Situação Crítica e sua Família: Uma intervenção especializada de enfermagem”, revelou-se muito desafiante, o que me levou à realização da RIL, que além dos contributos no suporte teórico do relatório, também acabou por subsidiar os estágios realizados. Permitiu-me desenvolver o gosto pela investigação, mais especificamente pela prática baseada em evidência científica, e pela importância de disseminar a informação obtida nos locais de estágio, no meu local de trabalho e em conferências, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Com este percurso académico consegui prevenir e antecipar sintomatologia negativa na PSC e na sua família, despertando-me para pormenores sobejamente importantes, que até então, podiam ficar dissipados na exigência dos cuidados à PSC.

Associada a esta investigação em enfermagem, está a reflexão do meu agir. Progressivamente tornei-me uma enfermeira mais responsável, competente, atenta e com uma prática mais segura, para com as pessoas com quem diariamente assumo um compromisso de cuidado especializado. Considero assim que este percurso me fez desenvolver competências, através da mobilização de conhecimentos válidos para o meu agir profissional, assumindo uma nova identidade profissional, também evidenciada no seio da equipa de saúde que integro atualmente.

As múltiplas atividades realizadas nos contextos clínicos, sempre na lógica da tríade pedagógica, permitiram-me aplicar os conhecimentos teóricos e concetuais,

abordados ao longo das UC do Mestrado, fortalecendo novas oportunidades pedagógicas e levando-me a refletir sobre a minha prática profissional.

A concretização dos objetivos, foi suportada pelo modo como fui acolhida nos contextos e pelos contributos essenciais, quer dos Senhores Enfermeiros Orientadores quer pela orientação da Professora Doutora Anabela Mendes. Ajudaram-me a operacionalizar o meu projeto, de acordo com os objetivos propostos por mim em concordância com os definidos para o curso, contribuindo para a aquisição de competências.

Por tudo o que foi exposto, considero que atingi os objetivos gerais e específicos traçados, o que me conduziu ao desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem e Enfermeira Especialista na área da PSC, enunciadas anteriormente. No final da etapa, assumo o progresso no que concerne ao nível de perícia. De futuro, cabe-me a responsabilidade de atuar como um modelo, pela demonstração de competências especializadas, ao nível técnico, de investigação e de gestão. A minha resposta diferenciada, terá de promover os cuidados de excelência à PSC e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahrens, T., Yancey, V., & Kollef, M. (2003). Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *American Journal of Critical Care*, 12(4), 317-324.
- Araújo, F. (2017), Ventilação em posição prona. Disponível em: <https://multisaude.com.br/artigos/ventilacao-em-posicao-prona/>.
- Arnold, R., Nelson, J., Prendergast, T., Emlet, L., Weinstein, E., Barnato, A., Back, A. (2010). Educational modules for the critical care communication (C3) course - A communication skills training program for intensive care fellows. Disponível em: <https://www.uclahealth.org/palliative-care/Workfiles/Educational-Modules-Critical-Care-Communication.pdf>.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F., (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach (2a ed.). Springer Publishing Company.
- Bettinelli, L. A.; Pomatti, D. M.; Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: Percepções de profissionais. *Revista Bioethikos*, Volume. 4, n. 1, p. 44-50. Disponível em: <http://www.saocamilo.sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, Vol. 40. Págs. 706-717.
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. Vol. 3(December). Págs. 563–567. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C. (2013). Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis, M.O.: Elsevier/Mosby.
- Caple, C. (2015). Mechanical ventilation: Facilitating patient communication. *Nursing practice & skill*.

- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *Revista Nursing*.
- Correia, M. (2012). Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. p. 23. Disponível em:
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf.
- Critical illness, brain disfunction and survivorship Center (CIBS). (2019). Family engagement and empowerment. Disponível em:
<https://www.icudelirium.org/medical-professionals/family-engagement-and-empowerment>.
- Davidson, J., Harvey, M., Schuller, J. (2013). Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it. *American Nurse today*. Vol. 8. Disponível em:
<https://www.americannursetoday.com/post-intensive-care-syndrome-what-it-is-and-how-to-help-prevent-it/>.
- Decreto-Lei nº 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1.a série-A (N.º 60 de 24-03-2006), 2242–2257. Obtido de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>.
- Decreto-Lei nº 104/98. (1998). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro - REPE. *Diário da República* — I Série-A (21-4-1998), 1739–1757. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/175784>.
- Decreto-Lei nº 107/2008. (2008). Altera o Decretos-Leis nº 74/2006. Concretiza o processo de Bolonha. *Diário da República*, 1.a série (nº 121 de 25-06-2008), 3835-38–53. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/456200/details/maximized>.
- Delgado, S. (2016). Novel approaches to symptom management. *American Journal of Critical Care*. Vol. 25 (4). Pág. 301.
- Direção Geral da Saúde. (2005). Carta dos doentes internados. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>.

- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). Descritores Dublin para o 2º ciclo de formação. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf.
- Dodd M., Janson S., Facione N., Faucett J., Froelicher E.S., Humphreys J., Lee K., Miaskowski C., Puntillo K., Rankin S. & Taylor D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 668±676.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. Obtido de <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-Objectivosecompetenciasportal.pdf>.
- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (out./nov./dez. de 2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. 5(7). Págs. 21-30.
- Fernandes, P., Miranda, K., Coelho, M., Almeida, A., (2017). O sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Ueri*. Vol. (25), Págs. 1 a 5.
- Flynn, A. V, & Sinclair, M. (2005). Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 11(4), 142–149. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2005.00517.x.
- Gibbs, G. (1998). Learning by doing: A guide to teaching & learning methods. Oxford: Oxford Brookes University.
- Harver A. & Mahler D.A. (1990). The symptom of dyspnea. In dyspnea (Mahler D.A. ed.), Futura, Mount Kisco, NY, pp. 1±53.
- Harrison, T. (2010). Family centered pediatric nursing care: State of the science. *J Pediatric Nurse*. Vol. 25(5). Págs. 335–343.
- Hetlanda, B., McAndrewb, N., Perazzoc, J., & Hickmand, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. Vol. 44. Págs. 67–75.

- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., ... Kennedy, C. (2008). Theory of symptom management. Middle range theory for nursing (2o edition, pp. 145–158). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Igreja, C. (2012). Gestão do stresse e estratégias de *coping*: Quando o stresse deixa de ser um problema. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Jurado, S. R., Gomes, J. B., & Dias, R. R. (2014). Dissemination of knowledge in nursing: from elaboration to the publication of a scientific paper. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 252–260. DOI: 10.5935/1415-2762.20140019.
- King, Imogene M. (1981). A theory for nursing: Systems, concepts, process, New York; John Wiley & Sons.
- Köberich, S., Kaltwasser, A., Rothaug, O., & Albarran, J. (2010). Family witnessed resuscitation – Experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 15(5), 241–250. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x.
- Larson, P. J., Uchinuno, A., Izumi, S., Kawano, A., Takemoto, A., Shigeno, M., ... Shibata, S. (1999). An integrated approach to symptom management. *Nursing and Health Sciences*, 1, 203–210. DOI: 10.1046/j.1442-2018.1999.00027.x.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2011). Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico. Lisboa. disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Leite, A. I. T., Claudino, H. G., & Santos, S. R. (2009). A importância de ser ético: Da teoria à prática na enfermagem. *Cogitare enfermagem*. Vol. 14(1), doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14142>.
- Li, D., Puntillo, K., (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*. Vol. 19 (4). Págs. 216-219.
- Linder, L. (2010). Analysis of the UCSF symptom management theory: Implications for pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(6), 316–324. DOI: 10.1177/1043454210368532.
- Lindholm C. E. (1969). Prolonged endotracheal intubation. A clinical investigation with special reference to its consequences for the larynx and trachea and to its place

an alternative to intubation through a tracheostomy. *Acta Anaesthesiol Scand*. Vol. 33:1, p.131.

- Loch, A. J. (2009). Confidencialidade: Natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Revista Bioética*, volume 11, n. 1. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/149.
- Loureiro, A. (2016). Intervenção do enfermeiro de família na gestão de sobrecarga do cuidador informal. Relatório de Estágio. Escola Superior de Saúde de Aveiro. Aveiro.
- Madeira, S., Porto, J., Nieves, F., Henriques, A., Pinto, N., Henriques, G., & Rato, J. (2011). *Manual de suporte avançado de vida* (2ªEd). Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Marques, R. D. (2009). Comunicação com o doente/família em estado crítico. Lisboa, 73 diapositivos.
- Marques, R., Silva, M., Maia, F. (2009). Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Revista de enfermagem UERJ*. Vol 17, nº 1 p. 91-5.
- McAdam, J., Puntillo K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *American Journal of Critical Care*. Vol. 18(3). Págs. 200-209.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.M.; Im, E.; Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: Emerging middle-range theory. In: A. I. Meleis. *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, A. (2015). *A informação à família na unidade de cuidados intensivos: Desalojar o desassossego que vive em si*. Lisboa: Lusodidacta.

- Mendes, A. (2016a). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. DOI: 10.15359/ree.20-1.9.
- Mendes, A. (2016b). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1–9. DOI: 10.1590/0104-07072016004470014.
- Mendes, A. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 170–177. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0163.
- Merces, M. C., Rigaud, J., Bahia, Pinto, F., Passos, Souza, L., & Silva Servo, M. L. (2012). Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit [Portuguese]. *Enfermagem Brasil*, 11(6), 365–372.
- Munro, C., Savel, R., (2018). Aggressive care and palliative care. *American Association of Critical-Care Nurses*. Vol. 27. Págs. 84-86.
- National Institutes of Health. (2018). National Institute of Nursing Research. NINR's palliative care brochure. <https://www.ninr.nih.gov/newsandinformation/publications/palliative-care-brochure>.
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, Vol. 23(1), Págs. 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). II Congresso da Ordem dos Enfermeiros: “O enfermeiro e o cidadão – Compromisso (d)e proximidade”. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICongPPTCM.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico Do Enfermeiro. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Otu A., Hashmi M2, Mukhtar AM3, Kwizera A4, Tiberi S5, Macrae B6, Zumla A7, Dünser MW8, Mer M9. (2018). The critically ill patient with tuberculosis in intensive care: Clinical presentations, management and infection control. *Journal of Critical Care*. Vol. 45. Págs. 184-196.
- Parecer nº 15/2018. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. p. 1. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-nº15_2018-funções-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra. Livraria Almedina.
- Pfeifer, M., Barbara, A. (2018). Which critical communication skills are essential for interdisciplinary end-of-life discussions? *AMA Journal of ethics*. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/which-critical-communication-skills-are-essential-interdisciplinary-end-life-discussions/2018-08>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 739–744. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500015.
- Puntillo, K., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, Vol. 37(6). Págs. 466– 75. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>.
- Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., Galiza, F. T. D., & Freitas, M. C. D. (2018). Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(1).
- Ramos, M. (2008), Stresse, “*coping*” e desenvolvimento: Questões conceptuais e dificuldades metodológicas, *Revista Psicológica*. Vol.48. Págs. 175-195.

- Randen, I., Lerdal, A., Bjork, I. (2013). (6) Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*. Vol. 18 (4). Págs. 176-186.
- Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República* Nº 35/2011, II série, 18 de fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Assembleia da República. *Diário da República* 2.ª série, N.º 35, p. 8656-8657.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.a série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744– 4750. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento nº 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.a série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359–19364. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698617/details/normal?l=1>.
- Rinaldi, F., Greco, V., Corsi, A., Frigotto, M., & Vallaperta, E. (2014). “Open Hospital” in emergency department: Narrative review of literature. *SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI*, 31(2), 41–46.
- Robertson, L. C., & Al-Haddad, M. (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 14(1), 11–14. DOI: 10.1016/j.mpaic.2012.11.010.
- Salgueiro, H. (2008). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Investigação em Enfermagem*, Págs. 51-63. Edição Sinais Vitais.
- Santos, Z., & Oliveira, V. (2003). A pesquisa de enfermagem e o impacto do conhecimento produzido. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, 7(2), 176–

http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1100.

- Sidani, D. (2001). Symptom management - In invitational symposium. Em *nursing and health outcomes project* (pp. 51–52). Toronto.
- Silva, J. (2013). A família e o doente em situação crítica em fim de vida: Estratégias de comunicação em enfermagem especializada. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Soares, M. (2007): Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Vol. 19 (4). Págs. 481-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2007000400013&lng=pt&nrm=isso.
- Soares, N. V.; Dall' Agnol, C. M. (2011). Privacidade dos pacientes: Uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta paulista enfermagem*, São Paulo, Volume. 24, n. 5, p. 683-688. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/14v24n5.pdf>.
- Soares, E. (2013). Os familiares e o processo de internamento de um membro da família no hospital: Vivenciar uma transição. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado. Porto.
- UNESCO. (1976). 19ª Conferência Geral - Carta de Nairobi. Quênia
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*. Novembro de 2017. Páginas 17-26.
- Waidman, A. Stefanelli, C. (2005). Comunicação e estratégias de intervenção familiar a comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Lisboa: Manole.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar* - Uma teoria de enfermagem. Lisboa: Lusociência.
- Whall, A. & Fawcett, J. (1991). Family theory development in nursing: state of the science and art. F.A. Davis Company: Philadelphia.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Cronograma de Estágio

Semestre	3º Semestre																								
Ano	2019														2020										
Mês	Setembro	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro				
Dias	16	23	7	14	21	28	1	11	18	23	1	9	16	21	1	6	13	20	27	1	10	17	24		
Dias	20	6	13	20	27	31	10	17	22	30	8	15	20	31	5	12	19	26	31	9	16	23	28		
Abertura do Semestre														Férias											
UCIC		23							22																
Conferência Internacional de Saúde Familiar				16																					
Congresso Internacional Doente Crítico 2019					24 e 25																				
II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem										29															
SU									25											7					
Sessão formativa																				7					
1ª Jornada Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde															18										
Seminários ESEL												10							29						
Relatório Final																									

APÊNDICE 2

Resumo e Apresentação no 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar



Mariana Casimiro*; Anabela Mendes**

*Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de Egas Moniz e Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; marianapcasimiro@campus.esel.pt

**Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; anabelapmendes@esel.pt

Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica e família: Uma intervenção especializada de enfermagem

Introdução: A gestão dos sintomas, pode tornar-se responsabilidade do doente ou familiares. Pela experiência ampla de sintomas da PSC, o enfermeiro assume um papel preponderante na gestão e alívio dos mesmos. No sentido de perceber as necessidades do doente, antecipá-las, prevenir e agir precocemente, a família mostra-se uma mais valia para o enfermeiro.

Objetivo: Identificar, mapear e compreender, as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas, na pessoa em situação crítica e família, na unidade de cuidados intensivos. **Metodologia:** Pesquisa nas bases de dados, CINAHL complete e MEDLINE complete, através da plataforma EBSCO, e ainda do motor de pesquisa *google* académico. **Resultados e Discussão:** Utilizados 21 artigos, a partir dos quais se extraíram e analisaram os resultados. O enfermeiro pode antecipar, prevenir ou diminuir a experiência do sintoma, através da sua intervenção, que segundo Dodd e col. (2001), se centra na desconstrução de conceitos e de significados decorrentes de experiências anteriores, atribuídos pela PSC ou família. O objetivo é a antecipação de eventos críticos e a implementação de estratégias de *coping* eficazes. **Conclusões:** Sintomas são indicadores de problemas. A experiência de sintomas inclui a perceção do indivíduo do sintoma, a avaliação do seu significado e a sua resposta ao mesmo. O enfermeiro possibilita, a inclusão do doente e família no plano individual de cuidados, para a melhor avaliação e gestão de sintomas. Isto, implica a deteção das necessidades particulares, decorrentes do processo de transição

vivenciado por ambos, no sentido de otimizar a relação pessoa-família e de capacitar a família através do seu envolvimento na prestação de cuidados, com objetivo à obtenção de resultados positivos/ganhos em saúde, na pessoa. O enfermeiro, através da presença empática, do respeito, da partilha da tomada de decisão e da resposta às necessidades físicas e emocionais do cliente, assume um papel de facilitador e de apoio, na procura de soluções e estratégias, e no reajustamento de pensamentos para que os seus clientes façam planos mais realistas.

Palavras-chave: “*Nursing interventions*”, “*symptom relief*”, “*critical patient*”, “*family*” e “*Intensive Care Unit*”.

Referências Bibliográficas:

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach (2a ed.). Springer Publishing Company.
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*. Vol. 3 (December). Págs. 563–567. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.38077>.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33(5). Págs. 668±676.
- McCance, T., Slater, P., McCormack, B. (2008). Using the caring dimentions as an indicator of person-centred nursing. *Journal of clinical nursing*. Vol. 18. Págs. 409-417.
- Puntillo, K., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*, Vol. 37(6). Págs. 466– 75. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>.

**2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY
HEALTH NURSING**

2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

2019 || 16, 17, 18 OCTOBER

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

PORTUGAL



**2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY
HEALTH NURSING**

2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

**GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA:
UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA
DE ENFERMAGEM**

Mariana Palos Casimiro*
Anabela Mendes**

*Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em
Situação Crítica (CMEPSC) da ESEL - marianapcasimiro@campus.esel.pt
**Professora Adjunta da ESEL - anabelapmendes@esel.pt





Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Gestão de sintomas na Pessoa em Situação Crítica e Família: Uma intervenção especializada de enfermagem



MATERIAIS E
METODOS

RIL

CRUZAMENTO
COM...

Teoria de Gestão
de sintomas (Dodd
et. al., 2001)

OBJETIVO: Identificar, mapear e compreender, as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas, na pessoa em situação crítica e família, na unidade de cuidados intensivos.

"Resumo"



Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Gestão de sintomas na Pessoa em Situação Crítica e Família: Uma intervenção especializada de enfermagem

"Resultados e Interpretação"





Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Gestão de sintomas na Pessoa em Situação Crítica e Família: Uma intervenção especializada de enfermagem

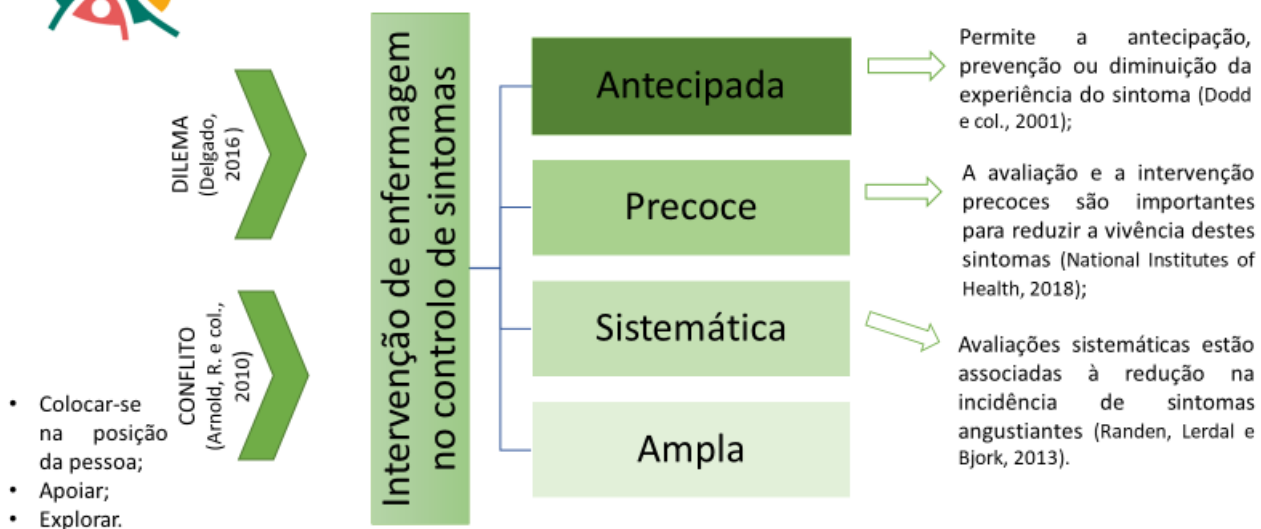
"Introdução" e "Resultados e Interpretação"



Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Gestão de sintomas na Pessoa em Situação Crítica e Família: Uma intervenção especializada de enfermagem

"Resultados e Interpretação"



16, 17 e 18 de Outubro 2019
Lisboa | ESEL

2nd International Congress of Family Health Nursing
& 1st Iberic Congress of Family Health



Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Referências Bibliográficas

- Arnold, R., Nelson, J., Prendergast, T., Emlet, L., Weinstein, E., Barnato, A., Back, A. (2010). Educational Modules for the Critical Care Communication (C3) Course - A Communication Skills Training Program for Intensive Care Fellows. Disponível em: <https://www.uclahealth.org/palliative-care/Workfiles/Educational-Modules-Critical-Care-Communication.pdf>.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach (2a ed.). Springer Publishing Company.
- Delgado, S. (2016). Novel Approaches to Symptom Management. *American Journal of Critical Care*. Vol. 25 (4). Pág. 301.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33(5). Págs. 668±676.
- Li, D., Puntillo, K., (2006). A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. *Applied Nursing Research*. Vol. 19 (4). Págs. 216-219.
- Meleis, A. I.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.K. & Shumacher, K. (2010). Experiencing transitions: Emerging middle-range theory. In: A. I. Meleis. Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença crítica: O cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol. 2. Págs. 203-212.

16, 17 e 18 de Outubro 2019
Lisboa | ESEL

2nd International Congress of Family Health Nursing
& 1st Iberic Congress of Family Health



Sociedade Portuguesa
de Enfermagem de Saúde Familiar

Referências Bibliográficas

- Munro, C., Savel, R., (2018). Aggressive care and palliative care. *American Association of Critical-Care Nurses*. Vol. 27. Págs. 84-86.
- National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research. NINR's palliative care brochure. <https://www.ninr.nih.gov/newsandinformation/publications/palliative-care-brochure>.
- Pfeifer, M., Barbara, A. (2018). Which Critical Communication Skills Are Essential for Interdisciplinary End-of-Life Discussions? *AMA Journal of ethics*. Disponível em: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/which-critical-communication-skills-are-essential-interdisciplinary-end-life-discussions/2018-08>.
- Queiroz, T., Ribeiro, A., Guedes, M., Coutinho, D., Galiza, F., & Freitas, M. (2018). Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: Olhar da Equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Vol. 27(1). Pág. e1420016.
- Ramos, M. (2008). Stresse, "coping" e desenvolvimento: questões conceptuais e dificuldades metodológicas, *Revista Psychologica* Vol.48. Págs. 175-195.
- Randen, I., Lerdal, A., Bjork, I. (2013). (6) Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in Critical Care*. Vol. 18 (4). Págs. 176-186.
- Sidani, S. (2001). Symptom management. In *invitational symposium-nursing health outcomes project*. Págs. 51-52. Toronto.

2nd INTERNATIONAL CONGRESS OF FAMILY HEALTH NURSING

2.º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM
DE SAÚDE FAMILIAR

GESTÃO DE SINTOMAS NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA: UMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Mariana Palos Casimiro*
Anabela Mendes**

*Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em
Situação Crítica (CMEPSC) da ESEL - marianapcasimiro@campus.esel.pt
**Professora Adjunta da ESEL - anabelapmendes@esel.pt



APÊNDICE 3

Relatório do 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar

2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar/

1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar

Data: 16 de outubro de 2019

Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enquadramento:

Entre os dias dezasseis e dezoito de outubro, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa acolheu, o 2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e o 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar.

O evento promoveu várias conferências, debates, workshops, seminários, e comunicações livres, acerca do tema da Enfermagem de Saúde Familiar, como momentos privilegiados de partilha da investigação e de boas práticas. Como finalidade apresentava, a transformação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, às famílias e aos cidadãos. O Congresso permitiu assim, a divulgação de evidências na Enfermagem de Saúde Familiar, a nível nacional e internacional, contribuindo para que exista uma participação mais premente e partilhada, a este nível.

Este evento foi organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF), presidida por Maria Henriqueta Figueiredo. O objetivo delineado pela organização do evento, foi o "desenvolvimento científico e clínico da saúde familiar em geral e da enfermagem de saúde familiar em particular". A SPESF contou com a parceria da “*Asociación de Enfermería Comunitária*”, da “*Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitária*” e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Foram ainda parceiros científicos, várias Instituições de Ensino Superior de Enfermagem, Centros de Investigação do Alto Comissariado para as migrações e a Rede Lusófona de promoção para a Literacia para a Saúde, entre outras instituições nacionais e internacionais.

Programa:

Apesar do evento se estender pelos dias dezasseis, dezassete e dezoito de outubro, apenas estive presente no primeiro dia, no qual pude participar com uma comunicação oral do resumo previamente elaborado, submetido e aprovado. Por este

motivo, o presente relatório respeita apenas ao programa do referido dia e ao relato da minha comunicação oral.

O evento teve início pelas 8h30, com um momento de **acolhimento** e entrega de documentação aos participantes, que por causas alheias à organização, acabou por ultrapassar o tempo protocolado para o efeito.

Segundo o programa, seguidamente iniciar-se-iam, pelas 9h, as **comunicações orais e exposição de pósteres**. Devido ao referido atraso, estas comunicações tiveram início 30 a 45 minutos depois do previsto, tendo terminado um pouco depois das 11h.

As comunicações orais decorreram pela seguinte ordem:

- 1- “Estudo de Caso: Cuidar da Família do Doente Terminal – Avaliação e Intervenção Familiar, segundo o MDAIF”, da autoria das palestrantes, Sandra da Conceição Carvalho e Angelina Vinhinha Cardoso.
- 2- “Carga de trabalho de enfermeiros de família na consulta à pessoa com Hipertensão Arterial”, cuja autoria era das palestrantes Maria Jacinta Dantas, Maria Henriqueta Figueiredo, Márcia Sofia Pereira e Virgínia Guedes.
- 3- “Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica e família: Uma intervenção especializada de enfermagem”, de minha autoria e apresentação – Mariana Palos Casimiro - e coautoria da Professora Anabela Mendes.
- 4- “Processo de referenciação do utente da USF para a RNCCI”, com as autoras e palestrantes, Paula Santiago, Cláudia Simão, Silvia Gaspar, Hugo Sousa e Catarina Calção.
- 5- “O Cuidar educativo e a diversidade cultural das famílias na comunidade”, das autoras e palestrantes Ana Cristina Spínola, Alcinda Reis, Hélia Dias, Maria Henriqueta Figueiredo, Irene Santos e Conceição Santiago.

6- “Carga de trabalho de enfermeiros de família na consulta à pessoa com hipocoagulação”, cujas autoras e palestrantes foram Maria Jacinta Dantas, Maria Henriqueta Figueiredo, Márcia Sofia Pereira e Virgínia Guedes.

Existiu um período de “**Coffee Break**”, pelas 10h30, no qual não estive presente, em virtude de me encontrar a assistir às restantes comunicações orais.

Às 11h, tiveram início cinco workshops/simpósios, subordinados aos seguintes temas:

1- “O Sono e os Medos das Crianças”:

Moderadora: Maria João Fernandes - Professora Coordenadora no Instituto Politécnico da Lusofonia.

Palestrante: Cláudia Pires de Lima: - Psicóloga Clínica, Terapeuta Familiar.

2- “Enfermagem de Família Baseada na Evidência”:

Moderadora: Alexandra Freitas - Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Universidade da Madeira.

Palestrante: Maria do Céu Barbieri Figueiredo - Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto e Investigadora integrada no CINTESIS, no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

3- “Enfermeiro de Família: Relatos de experiências e oportunidades”:

Palestrantes: Marinela Patrício - Enfermeira de Família na Unidade de Saúde Familiar Sete Moinhos ACES Oeste Sul; Marlene Lebreiro - Enfermeira de Família na USF Lordelo do Ouro ACES Porto Ocidental; Virgínia Guedes - Enfermeira de Família na UCSP Soalhães ACES Tâmega I/ Baixo Tâmega e Jacinta Dantas - Enfermeira de Família na USF Arcossaúde, Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

4- “Vacinação ao longo da vida Pfizer”:

Moderador: António Dias - Assistente Hospitalar Graduado, de Pneumologia no Hospital Pulido Valente e Consultor da Direção-Geral da Saúde, na área de Prevenção e Controlo de Doenças.

Palestrantes: Luís Varandas - Assistente Graduado Sénior de Pediatria Médica no Hospital Dona Estefânia e Coordenador do Grupo de Vacinas da SPMV; António Diniz - Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia no Hospital Pulido Valente e Consultor da Direção-Geral da Saúde, na área de Prevenção e Controlo de Doenças.

5- “Um olhar holístico na intervenção da perturbação de pânico”:

Moderadora: Luísa Santos - Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.

Palestrantes: Rute F. Meneses - Professora associada na Universidade Fernando Pessoa e Diretora do Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência; Kevin Fernandes - Psicólogo clínico e Hipnoterapeuta.

Uma vez que, quando as comunicações orais terminaram, já passava das 11h, os workshops já tinham tido início, à exceção do segundo e do quinto. Por entre as opções que dispunha, o *worskhop* em que teria interesse em participar, era o segundo, intitulado “Enfermagem de Família Baseada na Evidência”. Lamentavelmente, fui informada de que o workshop não tinha mais vagas para que me pudesse inscrever e que, inclusive, já estavam sobrelotados, pelo que com pesar, não consegui participar.

Assim que os workshops terminaram, decorreu uma pausa para **almoço**, que terminou às 14h, para dar início à “**Sessão de abertura**”. Esta, contou com a presença de nomes de alto valor para a investigação e disseminação de conhecimento na enfermagem e na saúde em geral. Teve como participantes: Marta Temido Simões - Ministra da Saúde de Portugal; Maria Henriqueta Figueiredo - Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar; Luís Pisco - Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP; João Carlos Barreiros dos Santos - Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Antónia Rebelo Botelho - Coordenadora Científica UI&DE - Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem; Conceição Bento - Representante do Chapter Phi Xi – Sigma Theta Tau international; José Ramón Martínez Riera -

Presidente da *Asociación de Enfermería Comunitaria*; Álvaro Carrera García - Presidente da *Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria*.

Pelas 14h30 teve início a **Sessão Plenária** “Enfermagem de saúde familiar: contributo para a sustentabilidade social”.

Moderador: Manuel Brás - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Palestrantes: Maravillas Torrecilla Abril - Presidente da *Comisión Nacional da Especialidade de Enfermaría Familiar e Comunitaria do Gobierno de Espanha*; Manuel de Oliveira - Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na Área dos Cuidados de Saúde Primários; Bernardo de Lemos - Instituto Nacional de Estatística - Presidente do Grupo de Trabalho sobre Estatísticas da Saúde do Conselho Superior de Estatística (2010-2017) Primários; Margarida Abreu - Investigadora no CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde; Cristina Casas - Coordenadora do Núcleo de Política Migratória do Alto Comissariado para as Migrações.

Pelas 16h realizou-se o **lançamento do livro** “Enfermagem de saúde familiar”, da editora LIDEL:

- Ana Gaspar - Editora Adjunta;
- Maria Henriqueta Figueiredo - Coordenadora do Livro;
- Manuela Néné - Codiretora da coleção LIDEL – Enfermagem

O Congresso terminou por volta das 17h, com um **Porto de Honra**.

Comunicação oral do resumo

A minha comunicação oral surgiu do convite da Professora Anabela Mendes e teve por base a redação da RIL com o título “Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica e família: Uma intervenção especializada de enfermagem”.

Foi com grande agrado que recebi o convite, pelo que aceitei prontamente, tendo elaborado o resumo para submissão no Congresso e a apresentação em formato de *powerpoint* correspondente, com a colaboração da Professora Anabela Mendes.

Dos dez minutos que me foram disponibilizados para realização da comunicação, utilizei nove minutos, pelo que cumpri o tempo. Considero que geri bem a apresentação, tendo procedido a uma exposição oral pausada, calma e em tom de voz assertivo. Tentei transmitir da melhor forma a informação, não deixando transparecer o nervosismo que estava a sentir.

A exposição oral é uma competência que deve ser treinada ao longo do percurso académico, uma vez que é também a última competência exigida ao estudante com a defesa do trabalho final. Sinto que ao me ter sido proposta a participação neste Congresso, houve intenção de me proporcionar a oportunidade de treinar esta competência, pelo que estou grata. Senti-me muito bem em participar neste evento que contou com autores com bastante trabalho desenvolvido e publicado nas respetivas áreas, pelo que foi prestigiante estar ao seu lado, durante as comunicações orais.

No final da apresentação, questionaram-me sobre a minha perceção: se a gestão de sintomas na família, em contexto de cuidados intensivos, se realiza da mesma forma que em contexto do serviço de Cirurgia Geral, uma vez que grande parte do meu percurso profissional passou por mais do que um serviço de Cirurgia Geral.

Tive então oportunidade de afirmar que considero que os enfermeiros, na unidade de cuidados intensivos, na qual estagiei – UCIC do Hospital São Francisco Xavier-, interagem mais com a família do que aquilo que percecionei nos serviços de Cirurgia Geral onde trabalhei. Assumem uma relação de grande proximidade e de participação mútua no plano de cuidados da PSC. No contexto desta Unidade de Cuidados Intensivos, observei uma preocupação extrema em comunicar com a família, discutir o plano de cuidados e perceber o funcionamento social dos membros, com o objetivo de obter ganhos em saúde para a pessoa doente e evitar eventos críticos na família. Suportada na Teoria de Gestão de Sintomas, de Dodd e Colaboradores, 2001, posso afirmar que em processos de doença crítica, a família passa por grandes períodos de vulnerabilidade e procura interagir com o enfermeiro para dar sentido ao seu pensamento e à sua ação. Por este motivo, é necessário um enfermeiro que esteja desperto para essa vulnerabilidade e que ajude, pessoa e família, a ultrapassar o processo.

Acrescentei que, no serviço de Cirurgia Geral, assisto ainda a muita resistência a esta interação por parte da equipa de enfermagem, que frequentemente vê a família como um obstáculo à prestação de cuidados.

Contrariando a resistência que observo, e no sentido de prevenir o surgimento de eventos críticos, nos familiares da PSC, tenho procurado interagir com a família, com esta perspetiva de cuidado. Tenho igualmente discutido esta perspetiva de cuidados com os meus colegas, no sentido de ver disseminada esta teoria e de ver mudanças na ação.

Conclusão:

O congresso contou com a presença de nomes de elevado nível na produção e disseminação do conhecimento em enfermagem e na saúde em geral, o que aumentou significativamente o seu prestígio e possibilidade de disseminação.

Os temas das comunicações orais, foram diversificados dentro da área da enfermagem de saúde familiar: desde estudos realizados em consultas ao nível dos cuidados de saúde primários, a estudos de caso em famílias de pessoas doentes terminais. Estas comunicações permitiram uma perspetiva abrangente da família, em diferentes fases da experiência de doença crítica, identificando necessidades ao longo de todo o processo.

A pessoa, e neste caso a PSC, inserida no seu ambiente e na sua rede de pessoas significativas, beneficia do estudo aprofundado das suas necessidades, bem como das da sua família, no sentido de não perturbar ao máximo, o normal funcionamento do todo.

Também os temas dos workshops foram variados, criando oportunidades de partilha de conhecimento científico e de experiências, pese o facto do número limitado de inscrições ter criado constrangimentos à participação de todos os interessados.

Sinto-me bastante prestigiada por ter tido a oportunidade de participar num evento conceituado como este, iniciando-me agora na disseminação de conhecimento, a este nível, na área de gestão de sintomas.

APÊNDICE 4
Poster exposto no II Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem



A intervenção especializada de enfermagem, na gestão da perceção do sintoma pela pessoa em situação crítica (PSC) e família

Casimiro, Mariana¹; Mendes, Anabela²; Picoito, Ricardo³; Bernardo, Fernanda⁴.

¹Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE, Hospital de Egas Moniz; Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); marianapcasimiro@campus.esel.pt; ²Professora Adjunta na ESEL; anabelapmendes@esel.pt; ³Enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital S. Francisco Xavier, CHLO, EPE; Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; rpicoito@chlo.min-saude.pt; ⁴Assistente Convidada na ESEL; Enfermeira Especialista no Hospital Santo António dos Capuchos; fernandasimoes@esel.pt

Introdução:



Objetivo

Identificar as intervenções de enfermagem, que permitem gerir a perceção do sintoma da PSC e família.

Materiais e métodos

→ Revisão Integrativa da Literatura
→ EBSCO → CINAHL complete + MEDLINE complete

“Quais as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas (I), na pessoa em situação crítica e família (P), na unidade de cuidados intensivos (Co)?”

Resultados/Discussão

Sintomas → Indicadores de problemas reais ou potenciais → Motivo de procura de cuidados.

Pessoa → Única → Experiência do sintoma e a abordagem que lhe é feita.

Modelo de gestão de sintomas de Dodd e col. (2001) → Avaliação de fatores → Podem influenciar a perceção do indivíduo relativamente ao sintoma.

A intervenção é preditiva face aos dados existentes, na intenção de evitar a experiência de sintoma.

A comunicação tem um papel preponderante na relação cliente-família-enfermeiro e assim na gestão de sintomas.

Ajudar a construir planos mais realistas, pode influenciar a perceção relativamente aos sintomas.

Conclusão

A PSC e família → Vulnerabilidade → A intervenção de enfermagem → Gestão mais eficaz da perceção da pessoa relativamente aos sintomas.

Referências Bibliográficas: Diário da República. Ordem dos Enfermeiros. (18 fevereiro 2011). Regulamento n.º 124/2011, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. p. 8656. Diário da República N.º 3, II série. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificasenfessoasituacaocritica.pdf; Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33(5). pp. 668-76.; Meleis, A.I.; Schumaker, K. (2000). Experiencing transitions: An emergingpincott Williams & Wilkins.; Munro, C., Savel, R., (2018). Aggressive care and palliative care. *American Association of Critical-Care Nurses*. Vol. 27. pp. 84-86. Puntillo, K., Smith, D., Arai, S., & Stotts, N. (2008). Critical care nurses provide their perspectives of patients' symptoms in intensive care units. *Heart & Lung*. Vol. 37(6). pp. 466-75. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.02.002>;

APÊNDICE 5

Relatório do II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Data: 29 de novembro de 2019

Local: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

Enquadramento:

No dia 29 de novembro de 2019 decorreu na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, o II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com o tema “A enfermagem ao Serviço do bem comum”.

Os temas do Seminário foram transversais ao ciclo de vida, como a Universidade Católica Portuguesa tem utilizado como estratégia, e o que sempre tornou a frequência das diversas conferências e seminários tão interessante e relevante para a consolidação de conhecimentos em enfermagem. O Seminário teve início com uma abordagem aos “Desafios emergentes na comunidade” e sobre o conceito do “Bem comum em saúde”, esta com uma conferência sobre o olhar da Teologia. Debateu-se o tema “Hospital, criança e comunidade”, em que se abordou o papel da criança no hospital e dentro da própria comunidade. Percorreu-se a importância e o modo como funciona o “Processo de enfermagem na comunidade”, sendo os cuidados de saúde primários um alicerce de toda a restante rede de cuidados. Nesta continuidade, falou-se da forma como se expressa a “Saúde mental na comunidade”, sempre com o relato de peritos na área. Por último, abordou-se o tema do “Cuidado à PSC”, na voz do Senhor Enfermeiro Ricardo Picoito, Enfermeiro Orientador do meu estágio em Unidade de Cuidados Intensivos. Com um discurso cativante sobre a sua experiência e formação na área da PSC, permitiu à plateia perceber a importância do cuidado especializado à PSC. Mesmo sem fazer recurso à Teoria de Gestão de Sintomas formalmente, abordou-a inevitavelmente, atribuindo grande importância à observação, monitorização e gestão dos sintomas da pessoa, prevenindo e antecipando constantemente as consequências da doença e do tratamento instituído.

Durante o evento, foram expostos os Pósteres elaborados por estudantes da Universidade Católica Portuguesa, tanto da licenciatura como do mestrado, bem como, de outros estudantes de outras escolas de enfermagem, como foi o meu caso, após aceitar o convite do Senhor Enfermeiro Orientador de estágio. Os pósteres foram expostos digitalmente, em ecrãs, e tiveram bastante adesão do público. O póster que elaborei remeteu-se para o apêndice imediatamente anterior (**Apêndice 4**).

Conclusão:

A frequência deste evento objetivou não só a consolidação de conhecimentos, como também a atualização científica, bebendo da experiência e pesquisa realizada pelos peritos nas diversas áreas abordadas. Correspondeu igualmente à seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010, p. 1), no âmbito da aquisição das competências preconizadas pelo plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (ESEL, 2010), descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro).

A minha participação foi gratificante, especialmente pelo convite que recebi por parte do Senhor Enfermeiro Orientador, que depositou em mim confiança para a realização e disseminação de trabalho científico. Aprendi e atualizei conhecimentos e competências essenciais para o desenvolvimento das competências profissionais e académicas, preconizadas para o estudante do CMEPSC.

APÊNDICE 6
Sessão formativa no Serviço de Urgência

Plano de Sessão

1. Identificação da ação

Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso: 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Sessão nº: 1

Tema: Gestão do Stresse na família da Pessoa em Situação Crítica

Tempo previsto: 15 minutos

Data: A definir

Local: Serviço de Urgência – Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida

Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Formadora: Mariana Palos Casimiro, aluna nº 8850

2. Objetivos

- Identificar os sintomas de stresse na família da Pessoa em Situação Crítica;
- Antecipar as necessidades da família da Pessoa em Situação Crítica;
- Prevenir o surgimento de sintomas de stress na família da Pessoa em Situação Crítica, possibilitando a criação de estratégias de *coping*.

3. Conteúdos:

- Na bibliografia, o conceito de stresse, encontra-se frequentemente associado aos serviços de urgência e às unidades de cuidados intensivos.

- O processo de internamento da Pessoa em Situação Crítica (PSC), traduz uma variedade de vivências e vulnerabilidades por parte da pessoa doente, bem como da sua família, sendo que se destacam os sentimentos de ansiedade, angústia, sofrimento e desespero. Estes sentimentos, por si só, traduzem a vivência de elevado nível de stresse, pela falta de recursos dos intervenientes para lidarem com a situação.

- Meleis (2010) refere que numa transição situacional (associada à experiência familiar de redefinição de papéis), compete ao enfermeiro assumir-se como um elemento facilitador no processo transaccional. É, assim, de extrema importância, o direccionamento da atuação do enfermeiro para as necessidades reais da família, uma vez que, o equilíbrio desta é fundamental para o apoio da PSC (Pacheco, 2014).

- Os enfermeiros desempenham um papel importante no apoio e na ajuda às famílias da PSC, na gestão do stresse, embora que por vezes o façam de forma inconsciente (Knapp e col., 2013). Desta forma, a intervenção do enfermeiro potencia o *coping* familiar.

- Relativamente às necessidades da família, no processo de internamento da PSC, durante o internamento, os familiares experienciam sentimentos de medo, stresse, confusão, preocupação, que se associam à espera ansiosa de informação e de melhoria da situação crítica. Neste sentido, procuram interagir com o enfermeiro no sentido de obter informação que lhes permita perceber o sucedido. Após o choque inicial, e perante a possibilidade de acompanhamento da pessoa doente, presenciam a evolução e a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo. Na preparação para alta e para o regresso à normalidade da família, esta procura mobilizar recursos de modo a dar resposta às necessidades físicas e psicológicas do familiar (Verhaeghe e col., 2005).

- O conhecimento das fases pelas quais passa a família da PSC, durante o internamento, facilita a que esta se torne parceira nos cuidados, acabando por se sentir mais útil (Verhaeghe e col., 2005).

- O stresse ocorre quando se verifica uma ameaça do meio envolvente, e que provoca um desequilíbrio na pessoa (Rodrigues, 2012). De acordo com a CIPE (2011, p.77) pode ser entendido como “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor,

sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”.

- A resposta fisiológica ao stresse é um processo de adaptação do organismo no sentido da manutenção da homeostasia (Rodrigues, 2012), e dependem da capacidade de adaptação, do grau de vulnerabilidade, dos mecanismos de *coping* intrínsecos e instituídos, da cultura, estilo de vida e experiências passadas (Serra, 2007).

- É com base no processo de interação com o meio, que a pessoa avalia as exigências do mesmo e mobiliza as respostas e os recursos necessários para lidar com elas.

- A sobreposição da tecnologia ao relacionamento humano, nos serviços especializados na PSC, é geradora de stresse, para família, na sua procura de respostas e entendimento (Roque e col., 2013).

- Numa perspetiva de humanização de cuidados, a gestão do stresse é essencial como área de intervenção da enfermagem, no sentido da satisfação das necessidades específicas da PSC e da sua família (Rinaldi e col., 2014; Iverson e col, 2014; Knapp e col., 2013; Mercês e col., 2012; Black e col., 2011).

- Mercês e col. (2012), referem que os enfermeiros percebendo o impacto que o internamento tem na família, podem reduzir a sua ansiedade e medo, aumentar a relação de confiança e reduzir o stresse, promovendo o *coping* familiar.

- Há estudos que direcionam a necessidade de haver um planeamento de cuidados de enfermagem centrado nas necessidades da família e no seu envolvimento no cuidado à PSC, com vista à minimização do stresse e na prevenção de lutos patológicos (Davidson, 2009, 2010).

- As intervenções de enfermagem devem ter em consideração:

- O momento do acolhimento da família (Knapp e col.,2013; Choi e col. 2013; Rinaldi e col., 2014; Davidson, 2009, 2010; Stayt, 2009);

- A preparação da família para a tomada de decisão (Khalaila, 2014; Iverson, e col, 2014; Knapp e col. 2013);

- O acompanhamento da família em caso de agravamento clínico do familiar, concretamente presenciando manobras de reanimação cardio-respiratórias (Beer & Moleki, 2012; Köberich e col., 2010; Rinaldi e col., 2014)

- A preparação da família para a morte do seu familiar (Bloomer & O'Connor 2012; Beer & Moleki. 2012; Köberich e col., 2010; Hickman e col.,2010).

- Knapp e col. (2013, p.1) criou uma “bundle familiar” a aplicar pelos enfermeiros quando cuidam da família da PSC, baseada em cinco princípios “Evaluate, Plan, Involve, Communicate and Suport (EPICS):

- Avaliar o stresse e a capacidade de adaptação da família (Khalaila, 2014; Knapp e col., 2013; Choi e col., 2013; Hickman e col.,2010; Davidson, 2009);

- Planear cuidados centrados na família, promovendo o atendimento individual de acordo com as necessidades identificadas e que visam o bem-estar da família (Davidson, 2009). Aqui está incluída a dimensão do envolvimento da família, no estabelecimento de uma relação empática e de confiança e na promoção do envolvimento nos cuidados, encorajando-a a interagir com a pessoa doente (Khalaila, 2014; Black e col.,2011; Davidson, 2009, 2010). Desta forma, o objetivo é capacitar a família no desempenho do novo papel, envolvendo-a nos processos de tomada de decisão. O enfermeiro revela a necessidade de comunicar, validar e clarificar a informação de forma efetiva com a família. Promove a escuta ativa e contribui para o entendimento, aceitação e enfrentamento da doença, por parte da família, sempre com vista a capacitá-la para os momentos de tomada de decisão (Khalaila, 2014; Mercês e col., 2012; Davidson, 2009, 2010). A bibliografia mostra ainda que otimizar o ambiente em redor da pessoa doente, promove o *coping* positivo do familiar, desmistificando medos daquilo que assusta o familiar (Iverson e col., 2014; Mercês e col., 2012; Davidson, 2009, 2010);

- Apoiar a família, o que inclui o ato de a confortar, e de lhe proporcionar momentos para expressar sentimentos e emoções, promovendo os mecanismos de *coping* (Iverson e col, 2014; Knapp e col., 2013; Hickman e col.,2010; Stayt, 2009). O enfermeiro deve apoiar a família em situação de morte, e após a morte do familiar, sendo que a sua intervenção contribui para a consciencialização da morte como um processo normal do ciclo de vida (Bloomer & O'Connor, 2012; Köberich,et al., 2010; Hickman, et al., 2010).

4. Estratégias Metodológicas:

- Foi identificada como necessidade dos enfermeiros do Serviço de Urgência, a sistematização das intervenções de enfermagem que contribuem para a gestão de stresse na família da PSC;
- A metodologia utilizada consiste na apresentação de uma sessão em formato *powerpoint*, com a duração de 10 minutos;
- Em parceria com a Professora Orientadora, foi discutido e acordado o tema da gestão do stresse na família da PSC;
- Foi elaborado o presente plano de sessão como método orientador do trabalho realizado em formato *powerpoint*;
- Realizada pesquisa bibliográfica acerca do tema;
- Discutido com Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência, Enfermeiro José Friães, e solicitada autorização para a realização da sessão;
- Realizada a sessão aos enfermeiros do Serviço de Urgência;
- Elaborado o documento de avaliação da sessão;
- Realizada a avaliação da sessão.
- Os recursos necessários são uma sala, um computador, 10 minutos que não perturbem a organização do serviço, a apresentação em *powerpoint* e o instrumento de avaliação, para além dos recursos humanos que são os enfermeiros do serviço.
- O serviço poderá beneficiar com esta sessão, com a sistematização das intervenções do enfermeiro na gestão do stresse (tão frequentemente presente) na família da PSC, no sentido do melhorar o atendimento e o cuidado de enfermagem à família da PSC.

É objetivo desta sessão, a contribuição para o grau de Mestre em Enfermagem, que é descrito pelo Decreto-Lei nº 107/2008 (2008, p.3842), sendo que um Mestre deve possuir conhecimentos que o “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação”. Os Enfermeiros devem ainda ser capazes de “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”.

Complementando o supracitado, ainda de acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), compete ao Enfermeiro Especialista, o desenvolvimento de uma prática clínica que seja sustentada na evidência científica atual, contribuindo para a produção de novo conhecimento e melhoria/desenvolvimento, de uma prática clínica especializada.

5. Sumário da Sessão:

- Introdução;
- Fundamentação teórica;
- Intervenções de Enfermagem;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

6. Avaliação:

A avaliação da sessão consiste na elaboração prévia de um instrumento de avaliação adequado, rigoroso e fiável, com a classificação dos diversos componentes da sessão. É esperado que os Enfermeiros do Serviço de Urgência, respondam ao documento de avaliação, classificando cada item entre o nível mais baixo (1) e o nível mais elevado (5).

Documento de avaliação da sessão

Tema da sessão: Gestão do stresse na família da Pessoa em Situação Crítica

Relativamente à sessão a que assistiu, é solicitada a avaliação da sessão quanto aos componentes descritos na tabela.

1- Avaliação geral da sessão

Componentes	1	2	3	4	5
A pertinência do tema.					
O aprofundamento dos conteúdos temáticos.					
O conhecimento demonstrado pela formadora acerca do tema.					
A clareza na exposição oral.					
A adequação da metodologia utilizada.					
A adequação dos recursos utilizados.					
A adequação do tempo da exposição.					
A adequação do local.					
A adequação do processo de avaliação.					

2- Impacto no Enfermeiro

Componentes	1	2	3	4	5
A sessão foi interessante/útil para as funções que desempenho ou poderei vir a desempenhar.					
Sinto que adquiri ou aprofundei os meus conhecimentos acerca do tema.					

Resultados:

Relativamente ao primeiro grupo de avaliação “**Avaliação geral da sessão**”, seguem-se os resultados.

- 100% dos Enfermeiros respondeu ao primeiro item da avaliação, “**A pertinência do tema**”, com o nível mais elevado do questionário (5);
- 95% dos Enfermeiros respondeu ao segundo item da avaliação, “**O aprofundamento dos conteúdos temáticos**”, com o segundo nível mais elevado (4);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao terceiro item da avaliação, “**O conhecimento demonstrado pela formadora acerca do tema**”, com o nível mais elevado (5);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao quarto item da avaliação, “**A clareza na exposição oral**”, com o nível mais elevado (5);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao quinto item da avaliação, “**A adequação da metodologia utilizada**”, com o nível mais elevado (5);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao sexto item da avaliação, “**A adequação dos recursos utilizados**”, com o nível mais elevado (5);
- 90% dos Enfermeiros respondeu ao sétimo item da avaliação, “**A adequação do tempo da exposição**”, com o segundo nível mais elevado (4);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao oitavo item da avaliação, “**A adequação do local**”, com o nível mais elevado (5);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao nono item da avaliação, “**A adequação do processo de avaliação**”, com o nível mais elevado (5);

Relativamente ao segundo grupo da avaliação da sessão “**Impacto no Enfermeiro**”, seguem-se os resultados:

- 100% dos Enfermeiros respondeu ao primeiro item da avaliação, “**A sessão foi interessante/útil para as funções que desempenho ou poderei vir a desempenhar**”, com o nível mais elevado do questionário (5);
- 100% dos Enfermeiros respondeu ao primeiro item da avaliação, “**Sinto que adquirir ou aprofundei os meus conhecimentos acerca do tema**”, com o nível mais elevado do questionário (5).

Referências Bibliográficas:

CIPE® Versão 2 (2011). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 205p ISBN:978-92-95094352.

Davidson, J. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–35. doi:10.4037/ccn2009611.

Davidson, J. (2010). Facilitated sensemaking a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28–39. doi:10.4037/ccn2010410.

Knapp, S., J., Sole, M., Lou, & Byers, J., Fowler. (2013). The EPICS family bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51–57. doi:10.1016/j.apnr.2012.11.002.

Meleis, A. I. (2010). Transition theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 664p. ISBN: 9780-8261-0535-6.

Merces, M. C., Rigaud, J., Bahia, Pinto, F., Passos, Souza, L., & Silva Servo, M. L. (2012). Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit [Portuguese]. *Enfermagem Brasil*, 11(6), 365–372.

Pacheco, S. (2014). *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspectiva ética*. (3ª ed.) Loures: Lusodidata, 153p. ISBN 978-989-80-75-38-3 .

Rodrigues, T. (2012). Factores estressores para a equipa de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *REME. Revista Mineira Enfermagem*, 16(3), 454-462 ISSN: 1415-2762.

Roque, A., Fabião, D. & Oliveira, V. (2013). Cuidar em Família. Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior, 32, 2-6.

Serra, A. V. (2007). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Edição do Autor, 780p. ISBN: 978-97-29500-32-9 .

Verhaeghe, S. Defloor, T., VanZuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501–509.

DIAPPOSITIVOS DA SESSÃO



9º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de
Especialização Pessoa em Situação Crítica

Gestão do stress na família da Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular - Estágio com Relatório

Mariana Casimiro (8850)

Lisboa
Dezembro de 2019

Professora Orientadora:
Professora Doutora Anabela Mendes
Co orientadora:
Professora Fernanda Simões

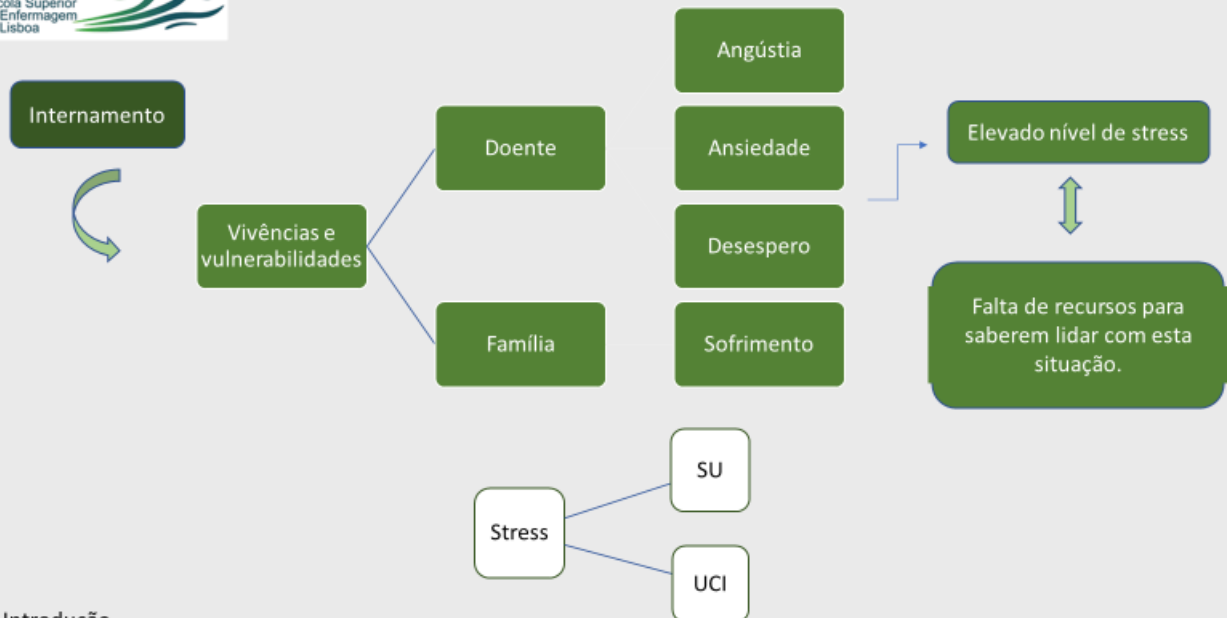


Objetivos da sessão

Identificar os
sintomas de stress na
família da Pessoa em
Situação Crítica;

Antecipar as
necessidades da
família da Pessoa
em Situação Crítica;

Prevenir o
surgimento de
sintomas de stress
na família da Pessoa
em Situação Crítica,
possibilitando a
criação de
estratégias de
coping;

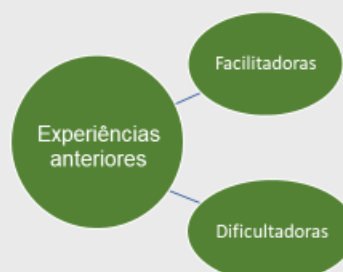


Teoria de Gestão de sintomas

O Enfermeiro pode antecipar sintomatologia negativa ou eventos críticos, muito pela experiência que tem, nomeadamente em doentes críticos.

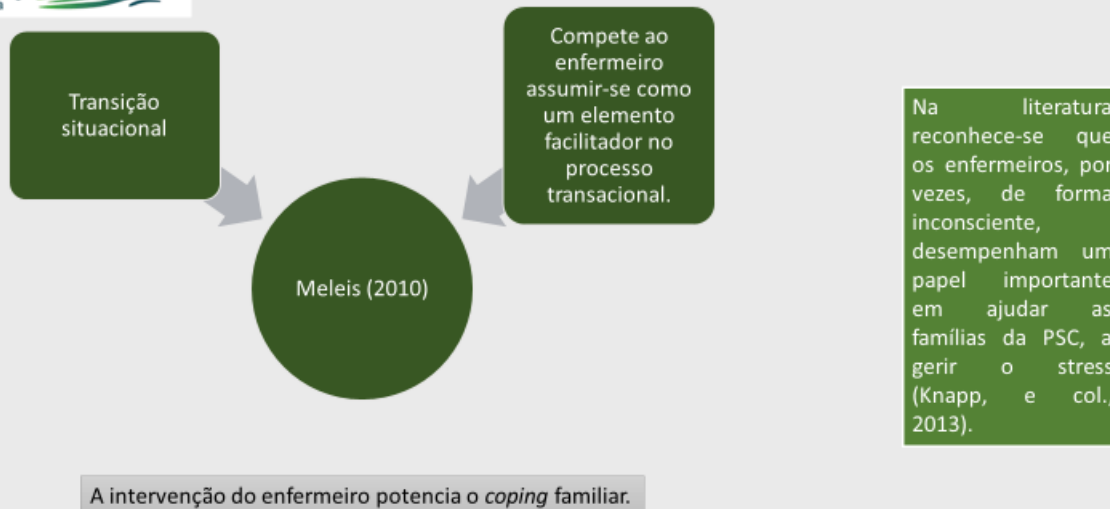


- ❖ Antecipa;
- ❖ Previne o surgimento de sintomas;
- ❖ Adequa as suas intervenções consoante aquilo que pode antecipar;
- ❖ Otimiza assim a experiência sintomática do doente.

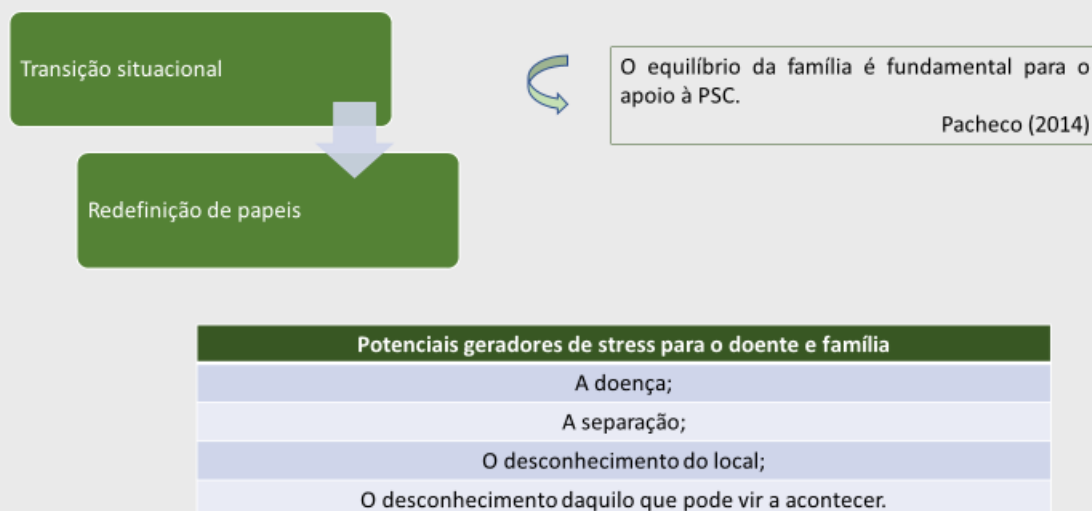


Introdução

Dodd e col., (2001)



Gestão do Stress na família da Pessoa em Situação Crítica



Gestão do Stress na família da Pessoa em Situação Crítica

Rabiais (2003)

Os familiares experienciam sentimentos:
Confusão;
Medo;
Preocupação;
Stress.

A espera de informação e a incerteza de quais as necessidades do doente, levam a família à procura de informação junto do enfermeiro.

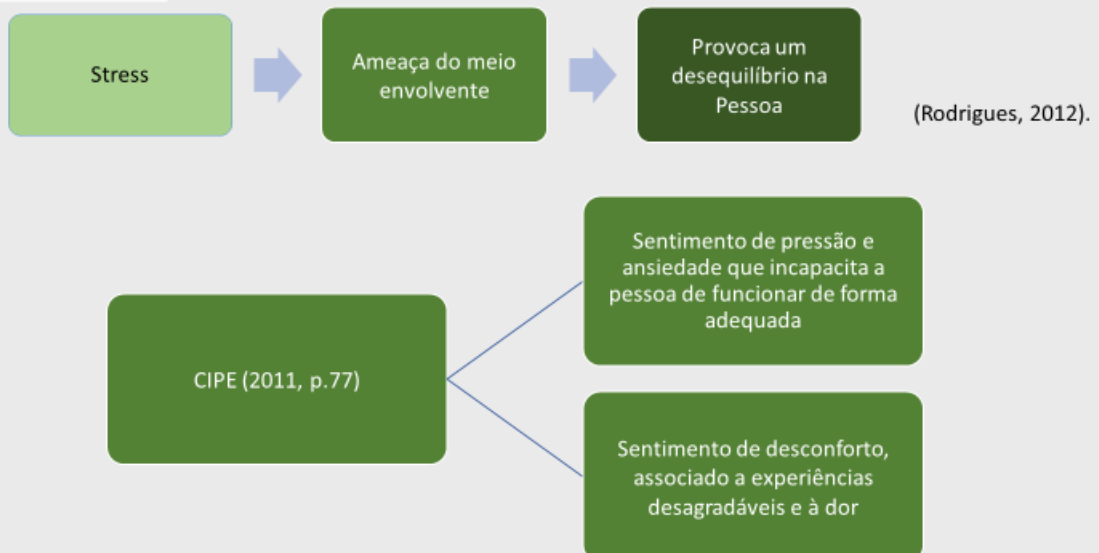
A família presencia a evolução e a qualidade dos cuidados prestados ao seu familiar.

Mobiliza meios, de modo a dar resposta às necessidades do seu familiar.

A família é aliada nos cuidados, sentindo-se útil e parte do processo (Verhaeghe e col., 2005).

(Verhaeghe e col., 2005).

Gestão do Stress na família da Pessoa em Situação Crítica



Gestão do Stress na família da Pessoa em Situação Crítica



(Rodrigues, 2012)



A pessoa avalia as exigências e mobiliza as respostas e os recursos necessários para lidar com elas.

Capacidade de adaptação depende:

- Cultura
- estilo de vida
- experiências passadas
- predisposição genética

Serra (2007)

Gestão do Stress na família da Pessoa em Situação Crítica



(Roque e col., 2013).

Intervenções de Enfermagem

Intervenções de enfermagem:

Fazer o acolhimento da família	(Knapp e col., 2013; Choi e col. 2013; Rinaldi e col., 2014; Davidson, 2009, 2010; Stayt, 2009)
Preparar a família para a tomada de decisão	(Khalaila, 2014; Iverson e col, 2014; Knapp e col. 2013)
Acompanhar a família em caso de agravamento clínico da PSC, presenciando manobras de reanimação	(Beer & Moleki, 2012; Köberich e col., 2010; Rinaldi e col., 2014)
Preparar a família para a morte do seu familiar	(Bloomer & O'Connor, 2012; Beer & Moleki, 2012; Köberich e col., 2010; Hickman e col., 2010)

“Bundle familiar”	
Evaluate	Avaliar o stress e a capacidade de adaptação da família (Khalaila, 2014; Knapp e col., 2013; Choi e col., 2013; Hickman e col., 2010; Davidson, 2009).
Plan	Planejar cuidados centrados na família, evidenciando um atendimento individual, de acordo com as necessidades identificadas, objetivando o bem-estar da família (Davidson, 2009).
Involve	Estabelecer uma relação de confiança e envolver a família nos cuidados com o objetivo de a capacitar no desempenho do novo papel, envolvendo-a nos processos de tomada de decisão.
Communicate	Comunicar, validar e clarificar a informação de forma efetiva com a família; Promover a escuta ativa e contribuir para o entendimento, aceitação e enfrentamento da doença, com o objetivo de capacitá-la para os momentos de tomada de decisão.
Suport	Confortar e proporcionar momentos para expressar sentimentos e emoções, promovendo os mecanismos de <i>coping</i> ; Consciencializar a morte como um processo normal do ciclo de vida.



O internamento é um processo stressante e particular para a pessoa em situação crítica e para a sua família. Os enfermeiros têm responsabilidade de cuidar, reduzir a ansiedade e o medo, estabelecer uma relação de confiança e reduzir o stress, promovendo o *coping* (Mercês e col., 2012).

A gestão do stress como área de intervenção da enfermagem, é um contributo importante na humanização do cuidar em enfermagem (Rinaldi e col., 2014; Iverson e col., 2014; Knapp e col., 2013; Mercês e col., 2012; Black e col., 2011).

Existem estudos que indicam a necessidade de existir um planeamento de cuidados de enfermagem centrado nas necessidades da família (Davidson, 2009, 2010), envolvendo-a no cuidar da pessoa em situação crítica.

Conclusão

Referências Bibliográficas

CIPE® Versão 2 (2011). CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 205p ISBN:978-92-95094352.

Davidson, J. (2009). Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(3), 28–35. doi:10.4037/ccn2009611.

Davidson, J. (2010). Facilitated Sensemaking A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse*, 30(6), 28–39. doi:10.4037/ccn2010410.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.

Knapp, S., J., Sole, M., Lou, & Byers, J., Fowler. (2013). The EPICS Family Bundle and its effects on stress and coping of families of critically ill trauma patients. *Applied Nursing Research*, 26(2), 51–57. doi:10.1016/j.apnr.2012.11.002.

Meleis, A. I. (2010). *Transition Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 664p. ISBN: 9780-8261-0535-6.

Referências Bibliográficas

Merces, M. C., Rigaud, J., Bahia, Pinto, F., Passos, Souza, L., & Silva Servo, M. L. (2012). Humanization practices in nursing care provided to clients in intensive care unit [Portuguese]. *Enfermagem Brasil*, 11(6), 365–372.

Pacheco, S. (2014). *Cuidar a pessoa em fase terminal- Perspectiva ética*. (3ª ed.) Loures: Lusodidata, 153p. ISBN 978-989-80-75-38-3.

Rabiais, I. (2003). Saber ser...implica acompanhar. *Acontece Enfermagem*. Lisboa. III (6), 7-11. ISSN: 1645-1805.

Rodrigues, T. (2012). Factores estressores para a equipa de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *REME. Rev. Min. Enferm.*, 16(3), 454-462 ISSN: 1415-2762.

Roque, A., Fabião, D. & Oliveira, V. (2013). *Cuidar em Família*. Suplemento 1º Seminário de Enfermagem em Cuidados Intensivos da Beira Interior, 32, 2-6.

Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor, 780p. ISBN: 978-97-29500-32-9.

Verhaeghe, S. Defloor, T., VanZuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501–509.



9º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de
Especialização Pessoa em Situação Crítica

Gestão do stress na família da Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular - Estágio com Relatório
Mariana Casimiro (8850)

Lisboa
Dezembro de 2019

Professora Orientadora:
Professora Doutora Anabela Mendes
Co orientadora:
Professora Fernanda Simões

APÊNDICE 7

Relatório do Congresso Internacional do Doente Crítico 2019

Congresso Internacional Doente Crítico 2019

Data: 24 e 25 de outubro

Local: Instituto Politécnico de Setúbal

Enquadramento:

O Congresso Internacional Doente crítico 2019, decorreu nos dias vinte e quatro e vinte e cinco de outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal, tendo sido antecedido, na véspera, por seis *workshops*.

O evento promoveu exposições de pósteres, palestras, comunicações livres variadas e *workshops*, acerca de temas relacionados com a PSC, como forma de disseminação do conhecimento, debate e análise dos temas. O Congresso não só visava permitir a divulgação de evidências na Enfermagem na área da PSC, como provocar a discussão de temas atuais e controversos.

Foi organizado pelo Departamento de Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Associação Portuguesa de Enfermeiros. Teve como parceiro o Instituto Politécnico de Setúbal e como apoios: Delta, Intersurgical, maisquecuidar.com, ATSDC (Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico), Dragner, Linde, Lusodidacta, Ocean Medical, Vygon, Clinifar, IEM emergencia training e o Município de Setúbal.

Programa:

No dia vinte e três de outubro, realizaram-se os workshops do Congresso, subordinados aos seguintes temas:

- 1- “Ecografia em urgência e emergência”

Este teve a duração de oito horas e foi promovido pela Associação Portuguesa de Enfermeiros. Esta associação tem estado na vanguarda da inovação, procurando fornecer aos Enfermeiros de urgência e emergência portugueses as técnicas nacionais e internacionais mais avançadas e desenvolvidas com melhores resultados.

O *workshop* teve como objetivo permitir aos enfermeiros que desenvolvem a sua prática no âmbito da urgência e emergência, o alcance de uma nova competência, até agora inexplorada no nosso país, embora seja já uma realidade a nível internacional.

O grande interesse deste *workshop* prende-se com o impacto desta técnica na mudança das práticas, em Portugal, visto que tem revelado ótimos resultados no estrangeiro. A evidência revela-nos que o FAST ou *Focused Assessment with Sonography for Trauma* é considerado a técnica ideal para diagnosticar pessoas com trauma abdominal contuso, no local do acidente. É cada vez mais utilizado, por diversos profissionais, sem competência radiológica, que trabalham em situações de emergência, entre os quais os enfermeiros. Os resultados obtidos através da bibliografia pesquisada revelam ainda, que o uso do ultrassom FAST, realizado por enfermeiros treinados, é muito eficaz, tendo uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 97,37%. O FAST, realizado por enfermeiros, revela então um papel importante na gestão de emergências e na definição da triagem (Storti, M., 2013).

A formação esteve ao cargo de instrutores do IEM - Instituto de Estudos Médicos, de Barcelona.

Relativamente aos workshops:

- 2- “Ventilação não invasiva”
- 3- “Ventilação mecânica invasiva”
- 4- “Via aérea para enfermeiros”
- 5- “Alto Fluxo”

Estes foram realizados pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e dirigidos a enfermeiros que procuram conhecer as técnicas de abordagem da via aérea e de ventilação, na PSC. Nunca é demais abordar estas temáticas, embora já seja frequente a sua inclusão em outros congressos.

A formação esteve a cargo de instrutores do ACLS - *Advanced Cardiac Life Support* da Ocean Medical.

- 6- “Técnicas de trauma”

O objetivo deste workshop foi dar a conhecer as técnicas mais atuais de abordagem à pessoa vítima de trauma. Após uma curta contextualização teórica de priorização da abordagem à pessoa vítima de trauma, foi permitido o treino destas

técnicas para o controlo de hemorragia, extração de pessoas de espaços confinados e mobilização da pessoa vítima de trauma. Esta prática contextualizada permite o contacto com procedimentos inovadores que se deseja ver aplicados no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa politraumatizada.

A formação esteve ao cargo de instrutores do ITLS - *International Trauma Life Support* da Ocean Medical.

No dia vinte e quatro de outubro, a **Mesa de abertura**, deu início ao Congresso, pelas 9h, com a presença do, Enfermeiro Sérgio Branco – Presidente do Conselho Diretivo da Secção Regional do Sul, da Ordem dos Enfermeiros; do Dr. Ricardo Oliveira – Vereador do Departamento de Educação e Saúde da Câmara municipal de Setúbal; da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos – Vice Presidente do Conselho Científico e Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem da IPS; do Enfermeiro Especialista Pedro Vasconcelos – Representante da Comissão Científica do Congresso; e da Enfermeira Dulce Gonçalves – Vice Presidente do APE.

Seguidamente teve lugar a palestra, na Mesa um, acerca do tema “**Catástrofe e intervenção humanitária**”. O primeiro orador foi o Enfermeiro João Lourenço, do Instituto Nacional de Emergência Médica, que abordou o tema “*Triagem em Mass Casualty Incidents*”, procurando dar resposta às seguintes questões:

- O que fazer perante uma situação multivítimas?
- Quais as estratégias a adotar?
- Quais os meios disponíveis em Portugal para fazer face a este tipo de eventos?
- Estaremos preparados?
- Como triar numa situação multivítimas?

Seguiu-se a intervenção do Capitão-Médico da GNR e operacional da VMER Médio Tejo, André Simões, com o intuito de debater as seguintes questões:

- E quando a situação multivítimas se enquadra num incidente tático-policial?
- Atualmente assistimos a cada vez mais eventos que nos deixam altamente vulneráveis, como a situação que ocorreu no *Bataclan*, em Paris, por exemplo. Perante situações de terrorismo, tragédias naturais e acidentes multivítimas, estaremos preparados para responder a uma ameaça deste género?

- Como devem as primeiras equipas clínicas proceder e como é efetuada a triagem neste tipo de situações?

A última intervenção coube à Enfermeira Cátia Palma, dos Médicos do Mundo, sobre “O papel do enfermeiro na intervenção humanitária”, ajudando a esclarecer as seguintes questões:

- Quando a catástrofe é fora de Portugal, como podem os Enfermeiros ajudar?
- Qual o papel desenvolvido pelos enfermeiros, neste tipo de situações?

A segunda Mesa, começou por volta das onze horas e teve como tema, **“Via verde PCR e Dador de coração parado”**,

A Via Verde Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é a mais nova das cinco vias verdes em vigor no nosso País e, como tal, ainda se encontra em fase de sedimentação e crescimento. Os objetivos da Mesa foram transmitir como estão os Centros de ECMO (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*), com maior experiência nesta Via Verde e divulgar/aprofundar o tema, ainda pouco desenvolvido em Portugal.

A Mesa teve como palestrantes: a Enfermeira Cristina José, da Unidade de Urgência Médica, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; o Enfermeiro Hugo Marques, do serviço de urgência do Hospital São João do Porto; e a Enfermeira Vanda Palmeiro, do Instituto Português do Sangue e Transplantação.

Por ser uma realidade pouco explorada em Portugal, revelou-se uma palestra muito interessante, com elevado rigor científico.

A terceira Mesa começou cerca das catorze horas, com o tema **“Criança em situação crítica”**.

Se a área da PSC, e aqui entenda-se a pessoa adulta, só agora começa a ganhar relevo na bibliografia nacional, isto assume-se ainda mais relevante, no que diz respeito à área da criança. Por este motivo, e porque todos os restantes temas do Congresso se dirigiam ao doente adulto, esta Mesa teve elevada importância.

O coletivo abordou os temas do transporte, inter e intra-hospitalar, da criança em situação crítica, por intermédio dos palestrantes, Dr.^a Cristina Camilo da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica, do Centro Hospitalar Lisboa Norte e pelo Enfermeiro Rui Pereira, do Hospital Espírito Santo de Évora, VMER e Serviço de

urgência pediátrica. Para além destes, foi abordado o tema da cetoacidose diabética, pela Dr.^a Susana Parente, Pediatra no Hospital São Bernardo em Setúbal.

Por último, pelas dezasseis horas, deu-se lugar à quarta Mesa do Congresso com o tema “**Serviço de urgência: O caos organizado?**”. A Mesa abordou os temas “Papel da Triagem de Manchester”, pelo Dr. Luís Cuna, Coordenador Médico do Atendimento Permanente do Hospital Cuf Descobertas; “Visão do enfermeiro na prática”, pelo Enfermeiro Miguel Pinto Pedrosa, do serviço de urgência do Hospital Espírito Santo de Évora; “Telessaúde”, pelo Enfermeiro João Oliveira da empresa Telessaúde e “Unidade de Hospitalização Domiciliária”, apresentado pelo Enfermeiro Filipe Dias da Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta.

Esta Mesa trouxe questões controversas para serem debatidas com os participantes. Procurou aprofundar questões como:

- Que estratégias podem ser utilizadas para reduzir o caos sentido nos serviços de urgência?
- Como reduzir a afluência de pessoas doentes não urgentes?
- Como melhorar o processo de transferências para os serviços de internamento?
- Devem as pessoas doentes ser transferidos para macas de corredor ou ficar indefinidamente à espera de uma vaga no corredor do serviço de urgência?

Os problemas nos serviços de urgência em Portugal não são recentes e na realidade, não se têm sentido melhorias para os problemas identificados e estes, perpetuam-se com o tempo, ano após ano, sem soluções implementadas. São apontados como problemas:

- Pessoas internadas em macas;
- Serviços subdimensionados;
- Insuficiência de meios de diagnóstico e terapêutica;
- Rácios inseguros;
- Formação contínua ausente ou inadequada;
- Ausência de referenciação pré-hospitalar;
- Excesso de afluência de pessoas doentes não graves ou com doenças não agudas;

- Dificuldade na transferência de pessoas internadas;
- Ausência de vagas de internamento;
- Indiferenciação das equipas nos serviços de urgência.

Perante estas questões sem solução assegurada, surgem dúvidas como:

- Quais as vivências e quais as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no serviço de urgência?
- Quais as estratégias a adotar para a resolução destes problemas?

O debate dos temas previamente demonstrados, com questões de grande controvérsia, atribuiu ao Congresso, elevada importância na produção de conhecimento acerca destes temas.

O dia vinte e cinco de outubro começou pelas nove horas, com a Mesa acerca do tema “**Update em Cuidados Críticos**”. Esta Mesa contou com a participação da Dr.^a Ana Sofia Coelho, Diretora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo em Loures, com a apresentação do tema “Sépsis – Novos *Bundles*”; do Enfermeiro José António Silva, do serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário São João do Porto, com o tema “Via Verde de Trauma num Hospital Central”; e ainda, da Dr.^a Mónica Anselmo, do serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca, na Amadora.

Esta Mesa para além de nos demonstrar mais uma vez, que a atualização científica regular é fundamental para a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, salienta que o circuito da PSC envolve a prestação de cuidados em três ambientes, tão distintos, como a Emergência Pré-Hospitalar, o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos.

A Mesa trouxe o tema da Via Verde de Trauma que, de todas as vias verdes implementadas, talvez seja a que tem sentido maiores dificuldades de implementação, no país, nos últimos anos.

O Hospital São João, no Porto, desde cedo, se procurou organizar tentando garantir a qualidade assistencial ao trauma grave, sendo o que possui maior tradição na receção ao trauma grave, no nosso país, mostrando-se uma referência para todos aqueles que procuram formação pós-graduada na área.

A segunda Mesa iniciou-se pelas onze horas e teve o tema “**O enfermeiro no pré-hospitalar**”.

Em Portugal, a presença dos enfermeiros, na emergência pré-hospitalar, parece ser muitas vezes colocada em causa, contudo, a nível internacional, são evidenciados como uma mais-valia na emergência pré-hospitalar, quer pela presença nas centrais de triagem, quer pela prestação direta de cuidados de emergência.

O esforço da Associação Portuguesa de Enfermeiros, no sentido de trazer colegas, de vários países da Europa, para mostrar a realidade de sistemas de emergência sustentáveis, e de qualidade, que alicerçam a sua atividade na presença de Enfermeiros, é uma mais valia para a Enfermagem à PSC.

No que diz respeito à triagem e ao aconselhamento, os Enfermeiros estiveram presentes no CODU ou Centros de Orientação de Doentes Urgentes, entre o ano de 2007 (data de arranque das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida – SIV - em território nacional) e o de 2010, altura em que por razões estatutárias e de cabimento orçamental, foram excluídos em definitivo do mesmo.

Desde essa altura, vários países europeus têm vindo a investir na inclusão dos enfermeiros nas centrais de emergência, seja na triagem, no aconselhamento, ou na comunicação com as unidades hospitalares, com o intuito de melhorarem a gestão da rede de emergência. Por exemplo, em Espanha, todas as centrais 112 contam com a presença massiva de enfermeiros.

Em território nacional, primeiro a Região Autónoma dos Açores e depois a Região Autónoma da Madeira, fizeram esse mesmo investimento. Atualmente e desde fevereiro deste ano, o Sistema de Triagem e Aconselhamento Telefónico (STAT) do Centro Integrado de Comunicações da Região Autónoma, da Madeira, conta com a presença de dois enfermeiros em permanência, com o objetivo de garantir uma maior assertividade no acionamento dos meios operacionais e uma maior equidade no tipo de resposta à população, ao mesmo tempo que melhora a gestão dos recursos no sistema pré-hospitalar e hospitalar.

Apesar da Enfermagem no Pré-Hospitalar, em Portugal, ser uma realidade, desde há mais de duas décadas e da rede SIV, em Portugal, existir desde 2007, parecem levantar-se questões que questionam a mais-valia dos enfermeiros na emergência pré-hospitalar. Por esse motivo, a Associação Portuguesa de Enfermeiros e o seu Departamento de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica têm reunido esforços para trazer realidades europeias em que a Enfermagem está bem sedimentada na rede de emergência.

Foi realizada uma apresentação pelo Dr. Agustí Ruiz, médico do SEM (*Sistema d'Emergències Mèdiques*), de Barcelona, que explicou a organização do Código Trauma naquela região, num sistema onde a presença de Enfermeiros, na rede de emergência, é muito forte. De seguida, o Enfermeiro Luís Viegas, do Hospital do Santo Espírito da Angra do Heróismo, da SIV Terceira e da unidade de evacuações aéreas, abordou o tema da **PCR em doentes sem viabilidade no pré-hospitalar** e colocou a questão de como agir, num sistema com enfermeiros na rua, à luz da lei, da ética e da ciência. Seguidamente, o Enfermeiro Anton Posavec, Head of Education Emergency of Slovenia, apresentou um sistema que assenta na presença de Enfermeiros, tanto na prestação direta de cuidados, como na triagem das chamadas de emergência. E, finalmente, o Enfermeiro Ismael Abreu, do Serviço Regional de Proteção Civil da Região Autónoma da Madeira, apresentou a recente realidade da introdução de Enfermeiros na triagem e aconselhamento, na central 112 desta Região Autónoma, que tem comprovado uma inegável vantagem para o sistema e para o cidadão.

A terceira Mesa do dia iniciou-se às catorze horas, com o tema “**Desafios para a enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**”.

Os desafios com que a Enfermagem à PSC se depara, são muitos. Contudo, a Mesa centrou-se em três áreas: Constituição de equipas de emergência intra-hospitalar; a ecografia no pré-hospitalar e os registos de enfermagem na emergência pré-hospitalar.

A constituição das equipas de emergência intra-hospitalar, a qual encerra em si desafios não só relacionados com a organização e planeamento, mas também com a gestão e com a formação dos Enfermeiros envolvidos. O Enfermeiro Miguel Oliveira da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital São Bernardo em Setúbal, partilhou a sua experiência da UCI.

A ecografia no pré-hospitalar é uma área nova, ainda praticamente inexplorada no nosso país. A nível internacional já é uma realidade e, nalguns casos, praticada por Enfermeiros com formação e experiência na área. O Dr. Salvador Sarrá, diretor do serviço de urgência do Hospital San Joan, em Tarragona e médico do SEM, deu a conhecer a realidade da Catalunha.

A terceira área que se abordou tem a ver com os registos de enfermagem. Se no serviço de urgência o adequado registo de enfermagem, já é, muitas vezes, uma área de alguma fragilidade, na emergência pré-hospitalar, os registos são muitas

vezes inexistentes ou parcos. A Dr.^a Filipa Barros, do INEM, trouxe o novo projeto de registo pré-hospitalar, o “I-Teams”.

A quarta Mesa teve início pelas dezasseis horas, com o tema “**Controvérsias no cuidado ao doente crítico**”. O tema “Adrenalina na PCR” foi abordado pelo Dr. Francisco Abecassis, Intensivista Pediátrico da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Santa Maria e o tema “VA definitiva na PCR”, foi abordado pela Dr.^a Mónica Anselmo, do serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca.

Apesar de existirem *guidelines*, também existem algumas controvérsias, num conhecimento que não é estanque. As questões colocadas foram:

- Deve ou não, a Via Aérea definitiva ser uma prioridade na abordagem da pessoa em PCR?

- A colocação de máscara laríngea traduzir-se-á num *downgrade* na qualidade dos cuidados? Ou pelo contrário, constitui uma mais-valia face ao tempo que se ganha de *hands-on*?

A “**Mesa de encerramento**”, teve início pelas dezassete horas e trinta minutos e foi presidida pela Professora Doutora Alice Ruivo, Coordenadora do Mestrado em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS; pelo enfermeiro Pedro Vasconcelos, como representante da Comissão Organizadora do Congresso; e pelo Enfermeiro João Raimundo, representante da Associação Portuguesa de Enfermagem.

Conclusões

Considero que o congresso estava muito bem organizado e que cumpriu rigorosamente o tempo preconizado. Contou com a presença de nomes de elevado nível na produção e disseminação do conhecimento em enfermagem e na saúde, na área da PSC, o que possibilitou uma maior abrangência dos temas e da partilha de informação.

Os temas dos *workshops* foram variados, passando pela ventilação, por técnicas de trauma e ecografia em urgência e emergência.

Os temas das comunicações orais, foram diversificadas dentro da área da PSC. Penso que tentaram demonstrar um percurso pelo ciclo vital da PSC, com Mesas

direcionadas para o adulto e uma Mesa direcionada para a criança. Demonstrou igualmente, a abordagem e as questões que se colocam à mesma, no meio pré hospitalar, no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos. Por tudo isto, mostrou-se um Congresso bastante rico, que forneceu aos participantes um leque alargado de escolhas e de conhecimento.

Considerações finais

Na minha perspetiva, este tipo de formação deveria ser disponibilizada e incentivada, de forma regular, pelas instituições de saúde em que os enfermeiros prestam cuidados, como forma de facilitar a mudança de mentalidades e de implementar novas práticas.

Referências

Storti, M. e col. (2013). "Nurse performed FAST ultrasound in the emergency department: a systematic review". *Professioni Infermieristiche*. DOI: 10.7429/pi.2013.661005

APÊNDICE 8

Relatório da 1ª Jornada “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

1ª Jornada “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

Data: 18 de dezembro de 2019

Local: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Pólo Artur Ravara

No dia 18 de dezembro de 2019 decorreu a 1ª Jornada “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde”, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Pólo Artur Ravara, que contou com a participação e oração do Senhor Professor Doutor Abel Paiva, que decidi destacar por entre os restantes peritos nas áreas abordadas.

A frequência da Jornada objetivou a seleção de “fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, Objetivos e Competências do CMEPSC, 2010, p. 1), assim como, a obtenção/atualização de conhecimentos, no âmbito da temática da Enfermagem Avançada. Para além disso, está inserida no 9º curso do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, e objetiva a aquisição das competências preconizadas pelo plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem (ESEL, 2010), descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação, as competências comuns (Regulamento n.º 122/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011, *Diário da República*, 2.a série, 18 de Fevereiro).

O Professor Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva, é um exímio disseminador e visionário da doutrina de enfermagem. Com um Doutoramento em Ciências da Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar em 2002, já publicou inúmeros artigos em revistas especializadas, bem como livros, e participou em vários eventos internacionais levando a cabo a disseminação do conhecimento, que reuniu ao longo dos seus anos de carreira e atualização científica constante.

Produz conhecimento de enfermagem regularmente através da sua participação em artigos científicos e para além disso orienta teses de doutoramento e dissertações de mestrado, bem como já orientou projetos de investigação.

Pelo exemplo que é como pessoa e enfermeiro, tive um grande prazer de ter a oportunidade de assistir à sua palestra, como sugestão realizada pela Professora Doutora Anabela Mendes.

O Professor Doutor Abel Paiva trouxe-nos um brilhante discurso sobre a forma avançada de pensar a Enfermagem e sobre a necessidade de desenvolver a enfermagem como disciplina com corpo de conhecimentos próprio. Cativou de imediato a audiência pela sua excelente capacidade de exposição oral e personalidade. Apesar da ligeireza que tentou incutir ao discurso, este encontrava-se intencional e irremediavelmente cheio de sabedoria e visão de futuro, sempre numa perspetiva de construir a disciplina de enfermagem. Nas suas palavras, defende a Enfermagem Avançada como “Enfermagem com mais Enfermagem” (Abel Paiva, 2007), revelando-nos que esta é a combinação entre o conhecimento, a experiência e a capacidade de pensar e decidir, considerando o contexto dos cuidados. Sobre isto, afirma que o conhecimento, a experiência e o pensamento crítico são uma tríade essencial e indissociável, na resolução de problemas complexos em Enfermagem (Abel Paiva, 2007).

O enfermeiro especialista é então aquele que procura saber mais do que a técnica que realiza, percebendo à luz da teoria, porque presta determinados cuidados. O objetivo é fornecer uma visão mais aprofundada da prática, fazendo-nos compreender o valor da humanidade por trás dos cuidados que prestamos todos os dias. A verdade é que a enfermagem se mostra como uma resposta às necessidades das pessoas, que no respeito pela sua autonomia e decisão, não conseguem, não podem, não querem ou não procuram, a satisfação das suas necessidades básicas. Segundo as palavras do professor Doutor Abel Paiva, no Seminário, a enfermagem é ajudar as pessoas a manterem-se independentes, promovendo a consciencialização e responsabilidade na tomada de decisão. Atendendo à complexidade de cada situação que os enfermeiros enfrentam, urge a necessidade de desenvolver os seus próprios processos de reflexão, concetualização e pesquisa, com o objetivo de desenvolver habilidades que servirão para definir e orientar a prática de cuidados. (Kèrouac, *et al*, 1996). A enfermagem avançada é alimentada pela própria experiência clínica do profissional, pela aquisição contínua de novos conhecimentos e pela própria reflexão sobre a ação que desenvolve. E, é especialmente este o profissional de enfermagem, que consegue demonstrar a importância de uma prática avançada para o desenvolvimento da profissão e das políticas de saúde em vários países.

Por tudo o que foi exposto, participar neste evento foi muito gratificante. Atualizei conhecimentos essenciais para o meu desenvolvimento pessoal, bem como de

competências profissionais e acadêmicas, preconizadas para o estudante do CMEPSC.

Referências Bibliográficas:

Kèrouac, S. *et al* (1996). *El pensamiento enfermo*. Masson.

Paiva & Silva, Abel. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir* nº 55 Jan./Fev. p. 11 a 19.

APÊNDICE 9

Protocolo de pesquisa

Protocolo revisão integrativa da literatura (RIL)

Para o desenvolvimento do projeto, surgiu a necessidade de realização de uma RIL, o que implica, a “análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p.759).

Título:

Gestão de sintomas na pessoa em situação crítica e família: uma intervenção especializada de enfermagem.

Questão de investigação (PICO):

Quais as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas (I), na pessoa em situação crítica e família (P), na unidade de cuidados intensivos (Co)?

Objetivo:

Identificar, mapear e compreender, as intervenções de enfermagem, que promovem o alívio de sintomas, na pessoa em situação crítica e família, na unidade de cuidados intensivos.

Concetualização:

A pessoa, e neste caso, a PSC, encontra-se preferencialmente e de acordo com uma intervenção especializada centrada na Pessoa, no centro dos cuidados. No quotidiano, a Pessoa rodeia-se da sua rede familiar e social, em ligações mais ou menos ténues, mutáveis ao longo do tempo. Em contexto de doença, a rede social e familiar é, muitas vezes, fundamental, mostrando-se um recurso muito valioso para o enfermeiro, para os melhores *outcomes* para a pessoa, em contexto de internamento, o que se potencia consoante a gravidade da situação. No sentido de perceber as necessidades da pessoa,

antecipá-las, prevenir e agir precocemente, a família mostra-se uma mais valia para o enfermeiro.

Na abordagem à PSC e sua família, surge a necessidade de gerir sintomas, que segundo Dodd e col. (2001), não só criam angústia, incerteza e sofrimento, como alteram o funcionamento social de quem os experiencia. Uma situação de crise na família, pode desencadear um processo de transição e gera um impacto que pode ser muito diversificado, necessitando de ser antecipado e gerido. Este conceito prende-se, com a capacidade efetiva de antecipação e prevenção de eventuais alterações do estado clínico do cliente, nomeadamente acerca da evolução futura provável, premeditação de diagnósticos e eventuais lesões específicas, antecipação da crise, riscos e vulnerabilidades, vislumbrando mais claramente o inesperado (Benner, Kyriakidis, & Daphne Stannard, 2011,p.71). Para além dos sintomas citados por Dodd e col. (2001), pela perda de estabilidade no sistema familiar, podem ainda surgir sentimentos como a descrença, a raiva, o medo, a culpa, a frustração e a ansiedade concomitantemente com a esperança e a resignação.

Ao desenvolver estratégias de comunicação efetiva, verbal (diálogo) ou não verbal, como gestos, movimentos faciais ou utilização de aparelhos eletrónicos, por exemplo, o enfermeiro contribui para o alívio de sensação de medo, ansiedade, integrando o cliente nos cuidados, bem como a família (Caple, 2015). A autora reforça igualmente a importância da comunicação com clientes sedados/incapazes de comunicar, tendo em conta a evidência já existente de que são capazes de ouvir e compreender comunicação verbal. Guttormson, Bremer, & Jones (2015) reforçam a importância de sensibilizar e treinar as equipas de Enfermagem em contexto de UCI acerca de estratégias de comunicação eficaz, como contributo essencial na diminuição da angústia.

A intervenção do enfermeiro, segundo Dodd e col. (2001), centra-se na desconstrução de conceitos e de significados atribuídos pela PSC ou família, que muitas vezes decorrem de experiências anteriores e das suas consequências. O objetivo para além da antecipação de eventos críticos, é que sejam implementadas estratégias de *coping* eficazes. Tendo em conta esta conceção, o profissional de saúde deve assumir um papel facilitador e de apoio, na procura de soluções e estratégias. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010), as transições são desencadeadas por eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes. A experiência de uma transição começa assim que um evento ou mudança

é antecipado a estas mudanças e classifica-as como transições de saúde doença, transições de desenvolvimento, transição situacional e ou organizacional. A transição é assim, fundamentalmente, um processo que acompanha a mudança de um estado de saúde para outro, não implicando necessariamente situações de doença.

Segundo Dodd e col. (2001), os Sintomas, não só podem criar angústia, incertezas, sofrimento, como também, atrapalham o funcionamento social, de quem os experiencia. A experiência do sintoma inclui a percepção do indivíduo do sintoma (se o indivíduo se apercebe de mudanças na forma como se sente), a avaliação do significado que o sintoma tem para a pessoa e a resposta ao mesmo. A gestão dos sintomas e consequentes resultados, tornam-se muitas vezes, ao longo do processo, responsabilidade do paciente e/ou dos seus familiares (Dodd e col., 2001).

A PSC experiencia uma ampla gama de sintomas (Puntillo e col., 2008). O enfermeiro assume assim um papel preponderante, na avaliação e gestão de sintomas perante clientes impossibilitados de expressar verbalmente, quer por alteração/eminência de depressão do estado de consciência ou por efeitos de terapêutica sedativa.

A intervenção do enfermeiro junto da família, da qual faz parte a PSC, implica a deteção das necessidades particulares, inerentes às mudanças decorrentes do processo de transição vivenciado por ambos, para que seja possível, otimizar a relação pessoa-família, capacitar a família através do seu envolvimento na prestação de cuidados, no sentido, da obtenção de resultados positivos/ganhos em saúde, na pessoa (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Palavras-chave/Descritores:

“Nursing interventions”, “Symptom relief”, “Critical patient”, “Family” e “Intensive Care Unit”.

Critérios de inclusão:

População (P): Pessoa em situação crítica e sua família;

Interesse (I): Alívio de sintomas;

Contexto (Co): Unidade de cuidados intensivos, independentemente da especialidade ou da localização geográfica.

Critérios de Exclusão:

Estudos escritos noutros idiomas que não os definidos; estudos que não apresentem full text; Estudos não direcionados para o adulto.

Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa utilizada na RIL, deve identificar tanto os estudos científicos publicados como os estudos primários não publicados (literatura cinzenta), que respondam à questão de investigação colocada. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada a duas bases de dados online, a CINAHL complete e a MEDLINE complete, através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO e motor de pesquisa google académico sobre o tópico da questão, efetuando-se seguidamente uma análise das palavras e expressões contidas no título, abstract e termos de indexação utilizados para descrição dos artigos identificados. As palavras-chave, utilizadas na pesquisa inicial, foram de acordo com o tópico em revisão, contendo os elementos da Mnemónica PICO (População/Interesse/Contexto) e são: “nursing interventions”, “symptom relief”, “critical patient”, “family” e “Intensive Care Unit”. De seguida foram pesquisados os termos de indexação que se apresentam em tabela 1.

Todos os termos de pesquisa de cada elemento da PICO foram individualmente operados com “OR”. Posteriormente, foi efetuada a junção de cada elemento do PICO obtido, operadas com “AND”.

Critérios de inclusão	Linguagem natural	CINHAL Termos indexados	MEDLINE Termos indexados
População (P)	<u>Critical patient</u>	Critically ill patients; Critical illness; Critical care nursing; Critical care	Critical illness; Critical care; Critical care nursing; Nurse-patient relation
	Family	Family; Professional-family relations; Family health; Critical care family needs inventory	Family; Family nursing; Family health; Professional-family relations
	Caregiver	Caregiver attitudes; Caregiver support; Caregivers	Caregivers
Interesse (I)	Symptom relief	Symptoms; Signs and symptoms	Symptom assessment; Signs and symptoms
Contexto (Co)	Intensive Care Unit/ ICU	Intensive Care Units	Intensive Care Units

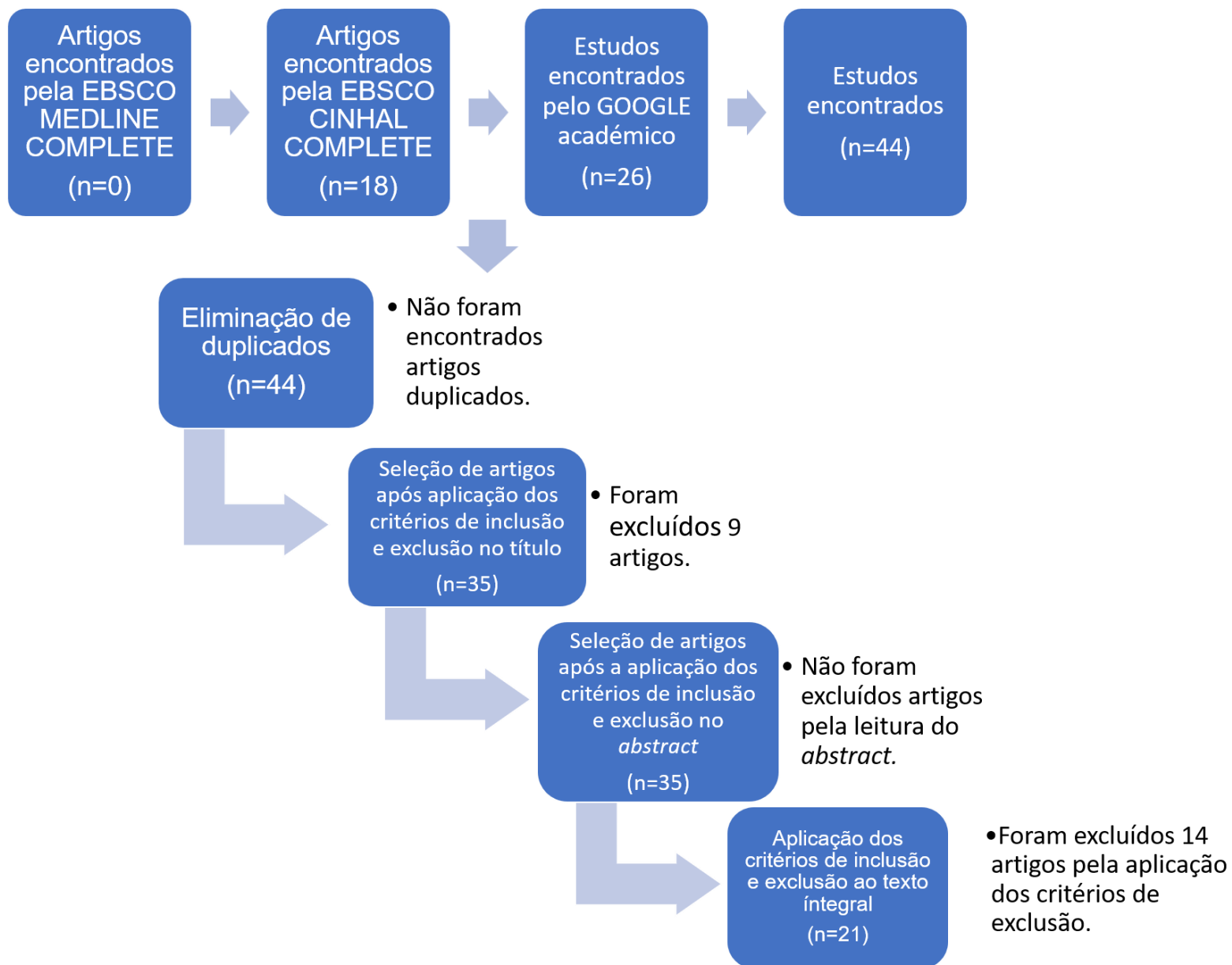
Tabela 1 - Critérios de Inclusão (PICO)

Para esta RIL, foram considerados estudos escritos em inglês, espanhol e português segundo o domínio de linguagem dos autores. Foi definido como limite

temporal para a pesquisa, os artigos publicados nos últimos 15 anos. Dada a amplitude da questão colocada, foram incluídos na pesquisa todos os tipos de estudo.

Foram excluídos os estudos que não foram redigidos nestes três idiomas, que não se encontrassem no limite temporal definido e aqueles que se encontravam duplicados em ambas as bases de dados. Neste caso, o número de artigos manteve-se. Foram excluídos todos os artigos que não apresentassem full text e que não estivessem direcionados para o adulto.

A relevância dos artigos para a revisão, foi analisada de forma individual, sendo avaliada através da leitura das informações existentes no título e abstract. Para todos os estudos que cumpram os critérios de inclusão será obtido o texto completo. Os artigos que não respondam à questão colocada serão excluídos.



Extração de resultados:

A RIL será executada de acordo com o que foi definido em protocolo.

A partir das fontes definidas e combinações de termos indexados, foram encontradas na pesquisa bibliográfica 44 estudos. Na base de dados Medline Complete, não foram encontrados artigos com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Na base de dados Cinhal Complete foram encontrados 18 artigos com os critérios de inclusão e exclusão definidos. No motor de busca Google Académico, foram encontrados 26 artigos, com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Encontrados os artigos, procedeu-se à eliminação de duplicados e não foram encontrados artigos iguais. De seguida fez-se uma seleção dos artigos pela presença de termos de indexação no título e foram excluídos 9 artigos, perfazendo um total de 35 artigos, nesta fase da pesquisa. Foi realizada igualmente uma seleção dos artigos pela presença de termos de indexação no *abstract* e não foram excluídos artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão *full text*, limite temporal e idioma, foram excluídos 14 artigos encontrados na base de dados CINAHL e no motor de busca Google Académico. Desta forma, foram utilizados 4 artigos dos iniciais 18 artigos encontrados na base de dados CINAHL e 17 artigos dos iniciais 26 artigos encontrados no motor de busca Google Académico. No total serão utilizados 21 artigos, a partir dos quais se extrairão os resultados, se fará a respetiva discussão dos resultados e posterior conclusão.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de GUSS

ESCALA DE GUSS

Critérios de inclusão:

- Idade: igual ou superior a 65 anos
- Motivo de internamento: patologia respiratória ou neurológica
- Antecedentes pessoais: patologia respiratória ou neurológicas

Recursos materiais:

- Monitor para avaliar sinais vitais e traçado cardíaco
- Aspirador de secreções
- Sondas de aspiração
- Esponja para higiene oral
- Clorohexidina (solução oral)
- 1 colher de sobremesa de metal
- 1 copo de vidro
- 1 copo de plástico
- 1 seringa 20 ml
- Água
- Espessante
- Pedacos de pão

Procedimento:

- Informar a pessoa
- Elevar a cabeceira da cama entre 60 a 90 graus
- Realizar higiene oral
- Monitorizar saturação periférica de oxigénio
- Certificar aspirador de secreções

1ª Fase – Teste direto

Verificar se a pessoa está
alerta por mais de 15 minutos



Pedir à pessoa para tossir
e/ou limpar a garganta (2x)



Pedir à pessoa para deglutir a
saliva



Verificar se a pessoa
apresenta sialorreia



Pedir à pessoa para dizer
"Aaaah" ou "Ooooh"

0 a 4 pontos

Parar na 1ª fase

Disfagia grave e alto
risco de aspiração

5 pontos

Continuar para a 2ª
fase

2ª Fase:

Pastoso

- Administrar 1/3 a metade de uma colher de chá com água com espessante;
- Se não houver nenhuma alteração (não consegue deglutir; tosse antes, durante ou depois; engasgamento; alterações na fonia das palavras), administrar 3 a 5 colheres e avaliar após a 5ª;
- Se continuar sem alterações, passa ao teste de líquidos.

Líquidos

- Administrar 3,5,10, 20 ml de água;
- Se permanecer sem alterações, administrar 50 ml de água;
- Se não apresentar alterações, passar para o teste sólido.

Sólido

- Administrar pedaços de miolo de pão;
- Se não demonstrar alterações, administrar pão embebido em líquido.

Se a pessoa apresentar qualquer uma das alterações acima mencionadas o teste deve parar de imediato.

Se a pessoa tolerar, iniciar dieta.